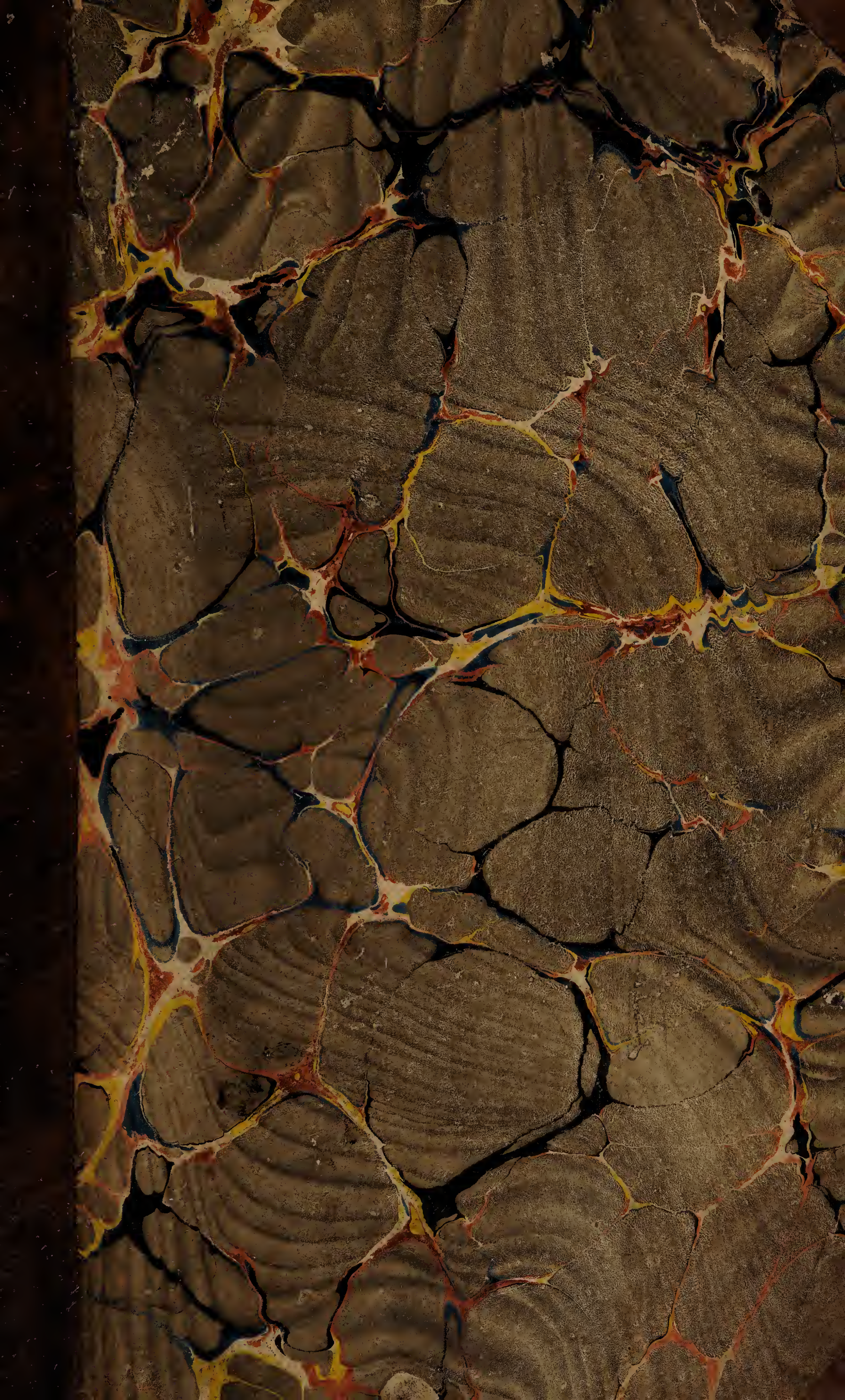


RADFORD LIBRARY,

Saint Mary's Hospital, Manchester.

No. ~~55 F. Sec 31~~

This Book to be returned in ______________ days.

Fine for overtime ______ per day.

Note.—No book can be renewed if wanted by another reader, nor unless brought to the Library for that purpose.

It is requested that the leaves of books may not be turned down,—that no person will write in them,—and that the greatest possible care may be taken of them.

EXTRACTS FROM THE RULES.

That each Medical Officer shall be allowed not more than two works out of the Library at one time, and not more than two volumes of each work.

That Registered Medical Students shall be allowed to take out books every Tuesday and Saturday, from eleven till one, or at such hours as may be ordered from time to time by the Board.

That each Registered Medical Student shall be allowed to have not more than one book out of the Library at the same time, unless the work consist of two or more volumes, and in no case more than two volumes.

J. G. Crosse



RÉPERTOIRE MÉDICO-CHIRURGICAL ET OBSTÉTRICAL.

SOMMAIRE DU TOME TROISIÈME.

IMPRIMERIE DE A. MERTENS,
RUE DE LOUVAIN.

RÉPERTOIRE
MÉDICO-CHIRURGICAL
ET OBSTÉTRICAL,

OU CHOIX DE MONOGRAPHIES, THÈSES, MÉMOIRES, ETC.,

SUR

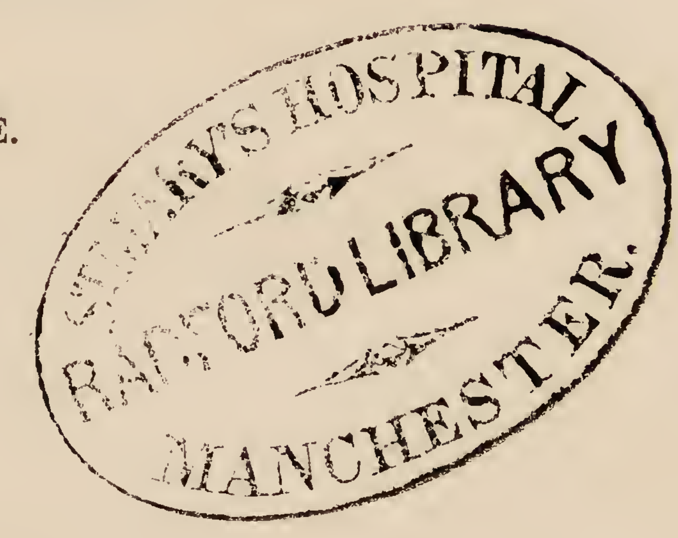
LA MÉDECINE, LA CHIRURGIE

ET L'ART DES ACCOUCHEMENTS;

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION D'UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

—

TOME TROISIÈME.



BRUXELLES,

SOCIÉTÉ TYPOGRAPHIQUE BELGE, AD. WAHLEN ET COMPAGNIE.

H. DUMONT, GÉRANT POUR LA MÉDECINE ET LES SCIENCES ACCESSOIRES.

LONDRES. — DULAU ET COMP^{e}., LIBRAIRES.

—

1837.



HISTOIRE PHILOSOPHIQUE

DE

L'HYPOCHONDRIE

ET

DE L'HYSTÉRIE;

PAR E. FRÉDÉRIC DUBOIS (D'AMIENS),

DOCTEUR EN MÉDECINE, AGRÉGÉ PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE BORDEAUX, ETC.

OUVRAGE COURONNÉ

PAR

LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

COUP D'OEIL

SUR

L'ÉTAT ACTUEL DE LA MÉDECINE

POUR SERVIR D'INTRODUCTION

A L'ÉTUDE DE L'HYPOCHONDRIE ET DE L'HYSTÉRIE.

> La médecine se délivre de ses fausses théories, de sa routine meurtrière, de sa soumission servile à l'autorité des hommes et aux doctrines des facultés, elle *apprend* à ne plus croire qu'à l'expérience.
> CONDORCET (*Progr. de l'esp. hum.*).

OUI, la médecine *apprend* à ne plus croire qu'à l'expérience ; elle n'en est encore qu'à son *apprentissage;* car cette grande et féconde *méthode expérimentale* , mise en honneur par le chancelier Bacon, n'est pas un instrument aussi facile à manier qu'on se l'imagine communément. Aujourd'hui surtout que l'esprit humain paraît las de lui-même, que, loin d'avoir confiance en ses forces, il dédaigne et abandonne ses plus nobles facultés, comment prétendre arriver à une large et systématique investigation? Des faits ! des faits ! s'écrie-t-on de toutes parts, nous ne voulons que des faits ! D'où vient donc cette levée de boucliers contre le raisonnement? Le voici. C'est que les fortes têtes, les hautes capacités, parmi ceux qui font métier de ramasser des faits, ont fini par persuader à la tourbe que le raisonnement est une opération de l'esprit toute en dehors des faits, une opération qui puise ses matériaux, ils ne sauraient dire où, mais assurément dans une source étrangère à l'expérience. Cette horreur du raisonnement est poussée si loin qu'on ne vous permettra pas même la *déduction;* tout au plus vous accordera-t-on de disposer en colonnes vos arides *descriptions* pour en faire de savantes additions.

Ainsi, l'espèce humaine s'en va balottée d'âge en âge, à travers les systèmes, les méthodes, les procédés, les plans, les classifications, et tous les errements enfin de ses *bienfaiteurs !*

La médecine, dit-on, a eu divers âges, un état d'enfance, d'accroissement, de virilité, etc.; c'est une erreur, c'est une illusion assez naturelle chez ceux qui n'ont pas étudié philosophiquement son histoire, mais suffisamment appréciée par ceux qui s'attachent aux choses et non aux mots. Aujourd'hui, poursuit-on, elle est arrivée au plus haut degré de perfection. Idée présomptueuse dont chaque époque est pénétrée, car c'est le propre de la plupart de ceux qui cultivent les sciences médicales de se croire sans cesse arrivés, sous ce rapport, à l'apogée des connaissances humaines. Soyons plus vrais : il n'y a eu jusqu'à présent, en médecine, qu'application successive et plus ou moins malheureuse de divers systèmes; on a forgé des hypothèses, et puis on s'est répété, et puis enfin, en désespoir de cause, on a voulu mille fois recommencer toute la médecine avec de maigres séries d'observations, voilà tout.

Loin donc de trouver, avec quelques auteurs contemporains, que la médecine a eu ses phases d'accroissement et de perfection, loin de m'applaudir avec eux de son brillant état actuel, je trouve qu'après avoir marché de fausses théories en fausses théories, nous cherchons enfin à nous en délivrer, tout en vivant encore sur les débris de quelques faux systèmes.

Au temps d'Hippocrate et des Asclépiades, la médecine n'était pas plus qu'aujourd'hui dans un état d'enfance ; on recueillait des faits avec autant, sinon avec plus de bonne foi, qu'aujourd'hui ; les sciences qu'on veut bien appeler *sœurs* de l'art médical, étaient assurément moins avancées que de nos jours, mais quant à la pratique médicale, qui oserait actuellement se dire plus expert qu'on ne l'était alors? Non-seulement, je le répète, il n'y a pas eu depuis progression ascendante, mais il n'y a

pas même eu une grande diversité dans les théories successivement préconisées. Thémison soutenait que tout doit être rapporté au *strictum* et au *laxum;* c'était en d'autres termes le *sthénisme* et l'*asthénisme ;* Galien mit en vogue l'*humorisme*, aujourd'hui les théories galéniques tendent à surnager. L'*iatro-chimisme* de Sylvius s'élève, et tombe pour s'élever de nouveau plus ou moins déguisé, plus ou moins exclusif. L'*archéisme* de Van-Helmont n'est pas plus *ontologique* que le *physiologisme* actuel; comme lui il admettait des forces et des propriétés dans les organes, comme lui il reconnaissait une chimie vivante dans l'économie. L'*animisme* de Stahl renouvelle les idées des anciens sur le principe des fonctions, sur ce qu'Hippocrate nommait *τα ορμωντα*. Le *mécanisme* de Boerhaave et de Fréd. Hoffmann est en vogue, et cette vogue prouve, comme on l'a dit fort ingénieusement, qu'il n'y a de nouveau en médecine que ce qui est *vieux;* on regarde comme une découverte du siècle ce qui n'avait été qu'oublié. Que dirons-nous du *vitalisme* de Montpellier, si ce n'est qu'il réhabilite et remet en circulation les idées favorites de toute l'antiquité. L'*incitabilité* de Brown exprime en d'autres termes ce qui était antérieurement connu; le *solidisme* de Cullen et de Pinel n'a rien eu de plus exclusif que l'*irritation* de M. Broussais, et c'est sur les débris de ce solidisme, de cette irritation, et de quelque peu d'*humorisme*, que l'*éclectisme* veut aujourd'hui nous faire marcher.

Un auteur contemporain a tracé une esquisse brillante de cette histoire ; sa conclusion seule, je l'ai déjà fait pressentir, me paraît inadmissible : *Telle est la table*, dit-il, *des principales révolutions que la médecine a traversées pour arriver à cet état de splendeur où nous la voyons aujourd'hui* (1). Pour révolutions, oui, car qui dit révolution ne dit pas progression ; mais pour cet état de splendeur, où le voyons-nous aujourd'hui?

Aujourd'hui peut-être on se défie beaucoup plus qu'en d'autres temps des idées systématiques, on redoute tout essai nouveau de systématisation, et c'est un autre vice ; le plus souvent on crie contre les systèmes et contre les systématiques, sans connaître ce qu'on veut attaquer ; un bon système, dit quelque part M. Laromiguière, est le chef-d'œuvre de l'esprit humain ; en bonne logique, on ne doit donc s'élever que contre les faux systèmes et les fausses théories.

Je disais tout-à-l'heure que l'histoire de la médecine n'avait pas encore été considérée sous un point de vue vraiment philosophique, et je l'ai prouvé. Il me reste à faire connaître comment on aurait dû considérer l'ensemble des faits historiques relatifs à la médecine.

(1) M. le prof. Bouillaud, *Généralités sur la médecine;* Paris, 1831.

La médecine, il faut le dire, en est encore à son véritable état d'enfance, mais cette fois c'est une enfance vigoureuse et pleine d'espérances. Je ne veux pas dire pour cela qu'auparavant elle n'ait réellement éprouvé bien des vicissitudes ; au contraire, elle a dû passer par ces épreuves, parce que toute science doit les éprouver avant d'arriver à l'application raisonnée de la méthode expérimentale ; ainsi la médecine a éprouvé des variations nécessaires et bien distinctes avant de se placer dans la situation actuelle.

Première époque ou période. J'appelle cette époque, pour bien la caractériser et pour en faire connaître l'esprit dominant: *Époque thaumaturgique.* La médecine alors était toute de divination, *veteres eam de divinatione quondam crediderunt*, dit Baglivi; pour rendre raison des phénomènes physiologiques et morbides, on avait recours alors à l'intervention de la divinité ; et même pour l'influence des causes, on supposait le plus souvent l'action du *τὸ θεῖον*, du *quid divinum.* Les médecins à cette époque prétendaient tenir des dieux les *préceptes qu'ils nous ont transmis ;* cette pensée régnait exclusivement dans nos écoles, et on en retrouve encore aujourd'hui des vestiges sur les murs de nos amphithéâtres, comme un débris vénérable du passé. N'oublions pas qu'alors comme aujourd'hui on recueillait des faits, qu'on cherchait à les interpréter, mais que presque toujours l'interprétation était *thaumaturgique.*

Après bien des siècles est arrivée l'Époque critique ; on s'est permis d'examiner les opinions jusque-là adoptées sur la parole du maître, on a fait écrouler les échafaudages les plus brillants et les plus solides en apparence. Le génie destructeur semblait seul dominer, mais cette destruction était une nécessité ; il fallait secouer l'autorité des autres hommes, il fallait abandonner une routine meurtrière pour revenir au doute de Descartes, et pour faire enfin une application constante de la méthode expérimentale.

Nous sommes aujourd'hui dans les incertitudes d'une *époque de transition*, c'est-à-dire que, avec quelques restes de la première époque, avec quelques débris de fausses théories, nous entrons dans une critique hardie et puissante. Il est même à remarquer que les derniers *thaumaturges* ont acquis beaucoup plus de gloire par leurs travaux critiques que par leurs théories; si l'époque critique est inhabile à construire, si elle ne sait encore rien édifier sur le terrain qu'elle a déblayé, elle n'en a pas moins un mérite incontestable, celui de faire disparaître les préjugés, les erreurs et les absurdités ; toutes choses *ridicules* dans les autres sciences, mais *meurtrières* dans la nôtre.

Enfin, une troisième époque arrivera sans doute ; déjà l'astronomie, la physique et la chimiey sont largement entrées, je veux parler de l'Époque sys-

TÉMATIQUE, de cette époque où la science, non des faits, mais des rapports que présentent entre eux les faits, est enfin en voie de perfection.

Nous avons vu que toujours on a demandé des faits, que toujours on a prétendu s'appuyer sur des faits ; les faits particuliers ne manquent donc pas en médecine ; je dirai plus : si on persiste à les entasser comme on le fait aujourd'hui, et dans les journaux, et dans les mémoires, et dans les publications de toute espèce, on finira par en encombrer, sans aucun fruit, non la science, mais les bibliothèques. Là en effet où il n'y a que des faits isolés il n'y a pas de véritable science ; nous amassons donc des richesses stériles ; et à moins qu'il ne se rencontre enfin un homme d'une trempe supérieure, un homme qui sache trouver les rapports que les faits ont entre eux, discerner les liens systématiques qui les unissent, nous irons nous perdre infailliblement dans cet amas indigeste d'observations et de faits particuliers.

Il y a deux écueils principaux à éviter ; d'abord celui qui consiste à amasser indéfiniment des faits particuliers, dans la fausse persuasion que lorsqu'on aura par devers soi une immense quantité de faits, les rapports se présenteront d'eux-mêmes; fausse persuasion, dis-je, erreur grossière, car s'il en était ainsi, les faits déjà recueillis présenteraient du moins quelques traces premières d'une mutuelle dépendance, offriraient à l'esprit quelques-uns de leurs rapports ; or, comme cela n'est pas, nous sommes forcés d'admettre ou que jusqu'à présent les faits ont tous été mal observés, ou que les phénomènes de la vitalité sont tellement variables, tellement individuels, qu'il sera à jamais impossible d'en inférer des lois générales ; car, comme le dit Fontenelle, « des vérités de fait, « lorsqu'elles sont isolées, semblent avoir été dé- « tachées, par une espèce de violence, les unes des « autres, et chercher mutuellement à se réu- « nir. »

Le second écueil que je veux signaler, c'est cette méthode adoptée depuis peu par quelques médecins, qui consiste à recommencer, chacun pour soi, la médecine *ab ovo*, et cela à l'aide, le plus souvent, d'une soixantaine d'observations, dédaignant complètement les travaux des autres médecins. Supposez qu'on suive exclusivement désormais cette méthode, que chaque médecin recommence imperturbablement la science médicale, comme si rien n'avait été fait jusqu'à lui et en même temps que lui, qu'en résultera-t-il ? sinon que l'ignorance tendra à se perpétuer et qu'une fois entrés dans cette ornière présomptueuse nous retournerons immanquablement à l'époque thaumaturgique.

Ce n'est pas tout. A entendre les applaudissements donnés par quelques médecins aux progrès des sciences physico-chimiques, qui ne se croirait revenu au temps de l'*iatro-chimisme* ? Les sciences ne sont réellement *médicales* que lorsqu'elles tendent et convergent simultanément vers un but commun, qui n'est autre que celui de *guérir*. La médecine est assez belle en elle-même pour n'avoir que peu de chose à réclamer des sciences qu'on est convenu d'appeler ses *sœurs ;* c'est ce que Stahl avait parfaitement compris ; aussi, dit Bichat, ses ouvrages offrent l'avantage réel de négliger tous ces prétendus secours accessoires qui écrasent la science médicale en voulant la soutenir. Considérée philosophiquement, et lorsqu'elle vient à s'occuper exclusivement de l'espèce humaine, la science médicale offre des sujets dignes d'une assez haute méditation ; l'homme alors est étudié dans ses attributs les plus brillants et les plus élevés ; d'une part en effet nous avons à examiner l'intelligence humaine et ses opérations, les centres nerveux de la vie de relation et leurs phénomènes sensitifs ; d'autre part, nous avons à considérer l'innervation de la vie organique, ses caractères particuliers, et les déterminations instinctives.

Il est cependant des liaisons qu'on ne saurait méconnaître, je veux parler de celles qui existent entre les sciences physiologiques et la pratique médicale ; ces liaisons sont naturelles et intimes puisqu'elles résultent de tout ce qui doit être compris dans la science de l'homme.

Je reviens à mon thème spécial, savoir, que l'emploi *raisonné et méthodique* de la méthode expérimentale peut seul nous faire sortir de ce dédale de systèmes et de théories erronés. Il ne suffit pas en effet d'avoir entre les mains un instrument précieux, il faut que les mains soient en outre dirigées par l'intelligence, et c'est pour avoir mal compris cette nécessité que tant d'essais infructueux ont retardé les progrès des sciences médicales ; tous nos errements vicieux tiennent à cette cause première ; et, en effet, comment a-t-on procédé, pour en venir aux exemples, lorsqu'on est entré dans l'histoire des maladies, et surtout lorsqu'il s'est agi des deux maladies qui vont nous occuper ? Le voici.

On a commencé par poser en principe, comme un axiôme sans réplique, que toutes les causes des maladies qui affligent l'espèce humaine résultent *uniquement* des diverses modifications que peuvent éprouver les agents qui nous entourent, tandis que ces agents, tout en restant les mêmes, peuvent causer une foule de maladies, tandis qu'il est des causes de l'hypochondrie et de l'hystérie, par exemple, qui surgissent de l'économie elle-même par le seul fait de son développement vicieux ou anormal, développement qui ne reconnaît lui-même pour cause qu'une mauvaise organisation primitive ; il en est encore, et nous aurons occasion de le prouver dans le cours de cet ouvrage, il en est que l'esprit humain se plaît en quelque

sorte à créer lui-même, dont il est seul auteur, qui n'émanent que de lui.

Pour arriver, dit-on encore, à la détermination des modificateurs morbides, il faut les apprécier à l'aide des instruments de physique, du baromètre, de l'hygromètre, du thermomètre, etc. Ceci est encore plus erroné; les agents ne deviennent modificateurs qu'accidentellement, ils ne sont pas essentiellement modificateurs, c'est-à-dire qu'ils ne le deviennent que dans leur mode éventuel d'action sur l'économie animale, ou mieux dans le mode de réciprocité qui s'établit entre le corps impressionnant et le corps impressionné; c'est donc cette action qu'il faut étudier expérimentalement, et non le modificateur en lui-même. Aussi voyez ce qui arrive dans les grandes épidémies : on apprécie parfaitement tous les modificateurs connus de la vie, on les analyse et on en tient compte, et puis après tout on les abandonne pour en revenir au *divinum quid* des anciens. Pour les maladies endémiques, même impuissance de notre part; tous nos moyens d'investigation deviennent inutiles. En somme, c'est mal employer la méthode expérimentale que de rechercher la nature en quelque sorte moléculaire des causes; c'est encore mal l'appliquer que de se baser sur le mode de transmission des maladies que ces causes engendrent; ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de reprendre ce qui a déjà été tenté, c'est-à-dire, de s'attacher aux modifications premières par lesquelles se révèle l'action des agents sur la vitalité; qu'importe ici que les phénomènes produits soient obscurs en eux-mêmes, il suffit d'être assuré de leur existence et de leur manifestation constante à l'occasion des mêmes causes.

C'est surtout dans le mode d'investigation des symptômes que l'emploi de la méthode expérimentale est peu raisonné; que demande-t-on, qu'exige-t-on du médecin pour ces sortes d'opérations? qu'il ait des sens exquis, que sa vue soit perçante, qu'il ait le tact délicat, l'ouïe fine, etc., etc. On s'occupe si peu de procéder philosophiquement dans l'appréciation des symptômes, qu'on ne sait vous dire autre chose, sinon qu'on les découvre à l'aide des sens, et partant de là, on les divise en tant que vous les découvrez à l'aide de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, etc., etc. Assurément on découvre les symptômes à l'aide des sens, qui peut l'ignorer? Mais ce qu'il y a de plus difficile, ce n'est point leur *découverte* ; ce qu'il y a de vraiment médical, ce qui révèle l'homme de talent, c'est l'appréciation raisonnée de ces symptômes, c'est leur transformation en signes, et pour arriver à ces résultats, il faut nécessairement connaître leurs rapports, soit de communauté, soit de particularité, soit de *filiation*, soit de causalité, etc., etc.; et quant à leur appréciation *posthume*, elle n'est pas à négliger, mais elle ne doit pas occuper le premier rang.

Non-seulement on a suivi de fausses routes, comme je viens de le dire, pour arriver à la connaissance des symptômes, mais on s'est encore attaché à poursuivre des travaux inutiles, et qui ne pouvaient conduire à rien de philosophique. Ainsi on a tenu à *classer* les symptômes; c'était une tentative absurde: les expressions symptomatiques ne peuvent être abstraites des maladies, ces expressions se groupent d'ailleurs naturellement à mesure que telles ou telles maladies se développent; et pour en venir encore aux exemples, qu'est-ce qu'une catégorie de symptômes *statiques*? Que faut-il entendre par symptômes *dynamiques*? Comment concevoir des symptômes qui revêtent une forme *passive*, tandis que d'autres affectent une forme *active*? surtout lorsque dans la forme active on place sérieusement l'*insensibilité* et la *paralysie*? N'est-ce pas s'amuser à vouloir diviser ce qui ne saurait être divisé? Et enfin pourquoi appeler symptômes *statiques* des changements de couleurs, de formes, de situation, etc.? Ce ne sont point là des symptômes, mais bien des altérations anatomiques, d'où surgissent des symptômes particuliers : or, peut-on supposer que des symptômes produisent des symptômes?

Il est une prétendue découverte qu'on attribue bénévolement à notre âge, et qu'on regarde en quelque sorte comme son plus beau titre d'honneur; je veux parler de la *localisation* des maladies, découverte qui n'en est pas une, et qui a conduit à des assertions entièrement dénuées de fondement. La localisation en effet, loin d'être universelle et constante, est à peine possible dans l'espèce humaine, parce que l'homme conserve à peine quelques traces de l'indépendance première des fonctions, comme j'ai cherché à le prouver dans un travail relatif aux déterminations instinctives (1). Chez les animaux des classes inférieures, la localisation est plus possible; chez le fœtus humain elle l'est encore, bien qu'à un moindre degré; chez l'homme les réactions sont presque toujours générales, et surtout lorsque son intellect participe à ces réactions. Les maladies ne sont à proprement parler, comme le dit M. le professeur Cayol, que des réactions soit générales, soit locales, déterminées et soutenues par les forces de la vitalité. Non-seulement de locales elles peuvent devenir générales, mais encore, suivant la remarque des anciens, de générales les réactions peuvent devenir locales. C'est en ce sens qu'il faut entendre les expressions aujourd'hui surannées de fièvres pleurétiques, pneumoniques, céphaliques, etc.; il existe en effet une époque première dans laquelle l'organisme, encore sous l'impulsion d'une influence large et puissante, telle que celle qui résulte des vicissitudes atmosphériques, des émanations méphytiques,

(1) Mémoire lu à l'Académie royale de médecine, séances du 18 septembre et du 16 octobre 1832.

des empoisonnements miasmatiques, etc., reste comme frappé d'un ébranlement général, jusqu'à ce que la puissance vitale, apportant pour ainsi dire de l'ordre dans la réaction, pour fonctionner anormalement, l'affection paraît se localiser, spécialement pour ce qui est de ses résultats matériels, jusqu'à ce que ces résultats, agissant à leur tour, provoquent de nouveau une réaction générale.

Rarement les réactions deviennent générales par le fait d'un obstacle *mécanique*, soit que cet obstacle ait été apporté par l'effet d'une cause traumatique, soit qu'une affection morbide, née dans l'organisme, l'ait développé spontanément ou dans un canal, ou dans un réservoir, ou dans une cavité quelconque. Les phénomènes qui se développent alors *à tergo* sont presque toujours très-bornés; c'est la réaction de la vitalité qui est la plus fréquente, la plus grave, et celle qu'on s'attache le moins à connaître, parce qu'elle est en effet assez réfractaire à l'emploi de la méthode expérimentale.

Quoi qu'il en soit, on ne peut se le dissimuler, et cette vérité a été proclamée par l'antiquité tout entière, il y a dans l'ensemble des effets morbides *une tendance conservatrice*, et la fièvre elle-même, soit consécutive, soit primitive, n'est autre chose qu'un *consensus d'efforts conservateurs*. Eh, quoi! dira-t-on, mais la fièvre peut tuer! Sans doute elle peut tuer, et sans rien arguer néanmoins contre le principe que nous venons de lui assigner. Ce sont les instruments, ou plutôt c'est le matériel des instruments qui manque alors, et voilà tout. Cet accident peut arriver d'une manière tellement évidente, qu'il est impossible de ne pas en être convaincu. Rendons le fait sensible par un exemple : croyez-vous que la puissante contraction musculaire suscitée dans un homme pour le soustraire à un danger imminent, et qui cependant n'a eu d'autre effet que d'amener un accident très-grave, c'est-à-dire une rupture du tendon d'Achille, et conséquemment de le livrer sans défense à ce même danger, croyez-vous, dis-je, que cette contraction n'ait pas été cependant provoquée dans un but conservateur?

Cette fois vous ne sauriez en douter; seulement les limites de la force matérielle des organes ont été dépassées, or, c'est précisément ce qui n'arrive que trop souvent dans les diverses maladies qui altèrent nos organes, et c'est pour cela que le médecin, *interpres naturæ*, peut apporter parfois des secours efficaces en modérant l'intensité des réactions.

Malgré ces faits, les réactions organiques ont été niées, ou plutôt leur principe et leur but ont été contestés principalement par les médecins de notre époque. Il en est résulté que ces réactions ont été mal étudiées et qu'on a négligé de leur appliquer la méthode expérimentale. Ainsi, on n'a pas distingué les réactions générales franches des réactions sympathiques, et ces dernières surtout ont été méconnues. Il était cependant facile de voir qu'il y a deux sortes de réactions sympathiques; les unes suscitées à l'occasion de toute cause intense, tout l'organisme y praticipe, spécialement les centres nerveux et circulatoire; le mouvement dans ces cas ne tarde pas à prendre un caractère spécial, il devient *fébrile*; les autres ont lieu d'organes à organes; elles ont lieu en raison des rapports plus ou moins intimes qui unissent plus particulièrement tel organe avec tel autre. Ces liens sympathiques doivent être étudiés et connus, afin que dans le diagnostic des maladies on puisse en tenir compte.

La méthode expérimentale, disent les anatomo-pathologistes, doit être désormais employée exclusivement, et son emploi ne peut recevoir d'application plus heureuse que dans l'investigation des lésions organiques, bien que le plus souvent cette application ne puisse avoir lieu qu'après la mort.

Sans doute, la méthode expérimentale doit être employée à la recherche des effets matériels des maladies, elle doit même être employée *exclusivement*, en ce sens que nulle autre méthode ne peut être employée sous ce rapport, mais ce n'est pas à dire pour cela que les caractères phénoménaux ne doivent pas être également analysés à l'aide de cette méthode : la preuve en est que l'application exclusive faite ainsi a conduit les anatomo-pathologistes à des résultats vicieux. Presque toujours, en effet, lorsque les lésions anatomiques ont manqué, ils ont eu recours au raisonnement *par analogie* pour rendre raison de cette absence, or il est reconnu que rien ne doit être employé avec plus de réserve que cette espèce de raisonnement.

Parce qu'une lésion organique succède à une inflammation, il n'est pas logique d'affirmer que cette lésion organique reconnaît *nécessairement* pour cause cette inflammation; mais il est encore bien moins logique d'affirmer que cette lésion organique survenue sans inflammation préalable, n'en reconnaît pas moins pour cause une inflammation qui n'est pas tombée sous les sens. Ce n'est point là, je le répète, appliquer rationnellement la méthode expérimentale. Loin de nous cependant la prétention de faire dire aux anatomo-pathologistes de notre époque que toutes les productions accidentelles ne sont autre chose que des formes spéciales d'une inflammation chronique, les bons esprits parmi eux ne soutiennent pas cela, mais ce que nous ne pouvons croire, c'est que la méthode expérimentale les ait conduits à avancer, en style métaphorique, que ces productions sont dans tous les cas *filles* de l'inflammation, et que lorsqu'elles existent isolément c'est qu'elles ont *survécu* à leur mère.

Que dirons-nous maintenant de l'état actuel de nos connaissances relatives à la thérapeutique?

Dans quel tissu d'absurdités la matière médicale n'est-elle pas encore embarrassée ? Bichat s'écriait, au commencement de ce siècle : « On dit que la » pratique de la médecine est rebutante, je dis » plus ; elle n'est pas, sous certains rapports, celle » d'un homme raisonnable, quand on n'en puise » les principes que dans la plupart de nos matières » médicales. » Eh bien ! que ceux qui ont foi dans l'état actuel de splendeur dont nous avons parlé, nous disent quels progrès incontestables, et j'entends progrès autres que des progrès négatifs, ont été imprimés à nos matières médicales; Bichat se garde bien de dire que la matière médicale ait eu un état d'enfance, d'accroissement, etc. Ce grand physiologiste voyait bien qu'il n'y avait eu qu'application successive et plus ou moins malheureuse, comme je l'ai dit, de mauvais systèmes et de fausses théories ; chacun de ces systèmes, dit-il, a influé sur la matière médicale, de là le vague et l'incertitude qu'elle présente aujourd'hui. La méthode expérimentale a donc aussi influé sur elle, mais en quel sens ? En lui faisant faire en quelque sorte, comme je viens de le dire, des progrès *négatifs*, c'est-à-dire en bannissant pour toujours cette polypharmacie inventée par les Arabes, et dont on a tant abusé en médecine ; en détruisant tour à tour la réputation de tant de médicaments prétendus spécifiques, héroïques, etc., etc.; tous les jours des essais sont répétés, tantôt pour trouver des succédanés à des médicaments dont l'efficacité parait hors de doute, tantôt pour s'assurer de l'action encore inconnue de telle ou telle substance; et ceci, pour le dire en passant, n'est autre chose que de l'empirisme ; empirisme toutefois que nous sommes loin de blâmer et sur lequel nous reviendrons tout-à-l'heure.

On se plaint que jusqu'ici la matière médicale ait paru totalement se refuser à l'application des systèmes généraux, que même elle y répugne; sans doute, rien n'est plus difficile qu'une bonne systématisation, sous ce rapport; mais le médecin, dans ses diverses applications thérapeutiques, peut néanmoins être guidé par une idée générale, philosophique et féconde en résultats pratiques ; cette grande pensée, dont chaque praticien doit être pénétré, c'est que tous ses médicaments seraient nuls, ou même nuisibles, si l'économie n'était en quelque sorte protégée par une force médicatrice qu'il n'est plus permis de méconnaître. Pour moi, je ne conçois pas qu'un homme ose se mêler de traiter un autre homme, s'il n'a foi dans la force médicatrice, soit qu'il fasse de la médecine *expectante*, soit qu'il fasse de la médecine *perturbatrice*.

Quant à ce premier genre de médication, je ne dois pas m'y arrêter; il est clair que celui qui attend à chaque instant des effets salutaires, des crises favorables, est convaincu de l'existence d'un principe conservateur. Mais la médecine perturbatrice ! croyez-vous qu'un homme, doué de quelque raison, puisse s'ingérer de troubler l'organisme, dans le seul but de déterminer du trouble ? Non assurément, la médication perturbatrice, comme je l'ai dit ailleurs (1), n'est autre chose qu'un appel fait en désespoir de cause, à la nature médicatrice. Les fonctions organiques modifiées d'une manière anormale, paraissent engagées dans un cercle vicieux ; ce cercle, il faut le rompre ; on y parvient souvent en imprimant une forte secousse à l'organisme. Les exemples d'application de ce principe sont tellement nombreux, qu'il est inutile de les rappeler ici. Le cours d'une maladie ne peut être arrêté, les symptômes de jour en jour deviennent plus graves, il n'y a rien à espérer du bénéfice du temps. Que fait alors le médecin ? il provoque un *changement;* sait-il ce qu'il va amener ? Nullement ; il sait seulement qu'il va *changer* l'état actuel contre un autre, et cela lui suffit, pénétré qu'il est de cette idée, qu'une fois cette secousse imprimée, ce changement amené, la force médicatrice aura meilleur marché, qu'on me passe l'expression, du nouvel état morbide déterminé artificiellement dans l'organisme. C'est donc, je le répète, un appel fait à la force médicatrice; les homœopathistes, au milieu de prétentions absurdes, ont rappelé les principes connus des plus anciens médecins; ils se sont appuyés sur cette vérité, que les maladies artificiellement provoquées sont incomparablement plus tôt guéries que les maladies nées spontanément dans l'économie; mais le côté faux du système d'Hahnemann, c'est qu'une maladie spontanée devient *entièrement* artificielle, pour peu qu'elle soit artificiellement exaspérée ; d'où leur axiôme, *similia similibus curantur.* Dans la médication perturbatrice, on change, on modifie, et voilà tout; aussi les chirurgiens ne prétendent pas faire autre chose, lorsque, pour provoquer la guérison d'un ulcère rebelle, par exemple, ils modifient, peu importe comment, la vitalité de sa surface, ou lorsque, plus hardis, au lieu de traiter parfois des inflammations même aiguës par des antiphlogistiques, ils ont recours à l'application de lotions irritantes en apparence, mais modificatrices en réalité.

En résumé, tout en essayant expérimentalement les divers agents pharmaceutiques, qu'on l'avoue, ou qu'on s'en défende, on ne laisse pas d'avoir confiance dans les ressources de cette bonne nature, qu'on tient néanmoins à honneur de méconnaître.

Après avoir parlé de la médication expectante et de la médication perturbatrice, il nous reste à dire un mot sur la médecine *rationnelle* et sur la médecine *empirique*.

Jusqu'à présent les faits, ou mieux les résultats thérapeutiques paraissent tellement *particularisés* qu'il

(1) Concours pour l'agrégation, Leçon orale sur les fièvres intermittentes.

est à peu près impossible de les coordonner de telle sorte qu'on puisse en inférer une médecine *rationnelle*. Les modificateurs hygiéniques ou pharmaceutiques restent les mêmes, mais leur action ne peut pas être calculée d'une manière précise, parce que dans cette action, l'état de l'organisme entre comme *élément;* je m'explique : dans toute action modificatrice, il faut comprendre la vitalité des organes, vitalité à laquelle les modificateurs s'adressent. Eh bien ! cette vitalité offre tant de variété, soit dans l'état morbide, soit même dans l'état normal, selon l'âge, le sexe, le tempérament, les idiosyncrasies, etc., etc., que les réactions offrent sans cesse des caractères différents. Il en résulte que la méthode expérimentale ne consiste guère qu'en essais purement empiriques, dans les diverses médications thérapeutiques. La médecine empirique ainsi comprise ne doit donc pas être dédaignée, c'est proprement de la méthode expérimentale. Il ne faut pas croire en effet que par cela qu'on a recours à telle médication empirique, on ignore, ou du moins on néglige les caractères phénoménaux et anatomiques des maladies; nullement. Personne n'a suivi, avec autant de perspicacité que Laennec, les signes physiques et rationnels des maladies, personne n'a poussé plus loin que lui l'investigation de leurs caractères, et cependant ce grand médecin, sous le rapport thérapeutique, n'avait guère foi que dans l'empirisme. Qui pourrait se vanter d'avoir mieux fait connaître les diverses phases et tous les accidents des pneumonies, par exemple, que Laennec? C'est empiriquement, néanmoins, qu'il les traitait presque toujours ; et tout en cherchant à expliquer les résultats de l'émétique à haute dose par une absorption interstitielle rendue plus active, il convenait lui-même que c'était là de l'empirisme.

En résumé, on peut donc être *rationaliste*, pour la succession, l'enchaînement et la filiation des phénomènes morbides, on peut l'être encore pour la production des diverses altérations organiques et pour leurs expressions symptomatiques, et en même temps être *empirique* sous le rapport des effets thérapeutiques, lorsque la méthode expérimentale le veut ainsi.

Le coup d'œil philosophique que nous venons de jeter sur l'histoire de la médecine, et sur son état actuel, était nécessaire ; j'étais imbu de ces idées avant d'avoir commencé l'histoire de l'hypochondrie et de l'hystérie ; j'en étais encore pénétré pendant la composition de mon ouvrage ; c'est sous leur influence qu'il a été terminé, il était donc indispensable de faire suivre en quelque sorte aux lecteurs cette filiation de pensées, avant d'arriver à l'étude de ces deux maladies; on conçoit dès lors que c'est un livre de critique, ou plutôt d'observations raisonnées, que j'ai dû publier ; aussi ne me suis-je pas confiné dans un service de clinique pour en recueillir les matériaux ; je n'ai pas rédigé, à la manière de quelques écrivains du jour, un recueil d'observations indigestes, travail de manœuvre, vanté par les esprits médiocres, parce qu'avec un faux air de science il est à la portée de tous ceux qui ont tenu, pendant un semestre ou deux, les cahiers de visite d'un professeur, et qui ont dépêché, sous ses yeux, une trentaine de nécropsies. Cette introduction prouve que je ne considère pas notre époque médicale sous un jour assez séduisant pour ne pas m'être écarté de ses limites; toutefois, en consultant les anciens, je n'ai pas fait un livre avec des livres, de même qu'en publiant mes propres observations je n'ai pas pris les numéros d'une salle de clinique pour en faire autant de chapitres.

La question de l'hypochondrie et de l'hystérie mise au concours par la Société royale de médecine de Bordeaux, n'avait été pour moi, je dois le dire ici, que l'occasion de soumettre préalablement à un jury médical un travail médité depuis longtemps. Indépendamment d'une leçon publique faite sur ce sujet à l'École de médecine de Paris, dans le concours pour l'agrégation, en 1829, l'hypochondrie avait de tout temps fixé mon attention ; mes études et mes recherches avaient été plus spécialement dirigées vers ce point ; j'avais donc préparé cette question de longue main. La Société a jugé mon travail digne de la palme qu'elle avait promise ; néanmoins je ne me suis pas hâté de le publier. Un ouvrage écrit en quelque sorte d'un seul jet, a besoin d'être médité au bout d'un certain temps ; aussi me suis-je applaudi d'avoir retardé de quelques années sa publication ; mes idées sont les mêmes, il est vrai, mais j'ai cherché à les corroborer par de nouvelles observations. La Société de Bordeaux, par l'organe de son rapporteur, m'avait fait remarquer une contradiction apparente, je l'ai fait disparaître ; elle m'avait fait quelques objections, j'y ai répondu ; ce n'est pas tout, un de mes compétiteurs, M. Brachet de Lyon, a publié ses recherches sur l'hypochondrie et l'hystérie; il a bien voulu, en même temps, attaquer mon ouvrage encore *inédit;* j'ai dû faire prompte et vigoureuse justice d'un acte de déloyauté ; une note m'a suffi pour cela. Pour tout le reste, mon ouvrage est, à peu de chose près, tel que je l'ai envoyé au concours ; on jugera de la valeur de cette production aujourd'hui que je l'abandonne à la publicité, à cette mer orageuse où tant de réputations de coterie sont venues se perdre à jamais, mais où tant d'hommes inconnus ou dédaignés ont surgi tout-à-coup appuyés sur de véritables talents.

EXTRAIT DU RAPPORT

FAIT

A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX,

AU NOM D'UNE COMMISSION

COMPOSÉE DE MM. GUITARD, DUPUY, BOURGES, DE SAINCRIC,

PAR M. BURGUET, RAPPORTEUR.

Messieurs,

Les deux maladies sur lesquelles vous avez interrogé l'expérience des praticiens sont du nombre de celles que l'état social ajoute aux maux dont la nature a composé notre triste héritage. Elles suivent en quelque sorte les progrès de la civilisation, devenant plus fréquentes au fur et à mesure que l'intelligence des peuples se développe et que leurs besoins se multiplient. Cette remarque, aussi philosophique que médicale, n'avait point échappé au génie profond de Galien.

Quant à vous, Messieurs, convaincus qu'il importait pour la médecine pratique qu'on étudiât mieux qu'on ne l'a fait jusqu'ici l'hystérie et l'hypochondrie, vous pensâtes qu'il fallait empêcher ceux qui s'en occuperaient encore de tomber dans des errements aussi vicieux; rien ne vous parut plus propre à obtenir ce premier résultat, que de présenter dans un tableau raisonné ce que les auteurs les plus recommandables ont dit sur ces deux maladies. Vous résolûtes, en conséquence, de mettre au concours une question ainsi conçue:

Examiner comparativement les diverses opinions émises sur la nature, le siége, l'étiologie, la symptomatologie, le pronostic et la thérapeutique de l'hystérie et de l'hypochondrie, et faire ressortir l'indentité ou les différences de ces deux maladies.

Vous désirâtes que les concurrents comprissent bien votre intention, et qu'ils ne considérassent pas cette question comme une spéculation théorique. L'examen des quatre mémoires que vous avez reçus vous prouvera, Messieurs, que les auteurs en sont pénétrés; qu'ils n'ont point ignoré la direction que vous avez donnée depuis tant d'années à vos travaux, et à laquelle la Société doit la considération dont elle jouit dans le monde médical.

Dans l'analyse que nous allons vous présenter, nous ne suivrons pas l'ordre numérique dans lequel ces mémoires sont inscrits; nous les prendrons d'après le rang que leur mérite respectif leur a assigné.

Le mémoire n° 2 a pour épigraphe ce passage de Baglivi: *Opiniones medicorum falso præconceptæ, falsum genus analogiarum sive falsæ similitudines.... Præcipua mihi videntur esse impedimenta quæ medicorum observando diligentiam, ac ipsius medicæ praxeos progressus retardarunt.*

L'auteur a suivi, dans le plan de son travail, la division que vous avez adoptée dans l'exposition de la question. Cependant il en a interverti l'ordre; il a pensé qu'en étudiant d'abord les causes et les symptômes, on arriverait plus sûrement à la connaissance de la nature essentielle et du siége de l'hypochondrie et de l'hystérie; car vous remarquerez, dès les premières pages, qu'il ne s'est pas borné à copier textuellement les opinions des autres: il a cru avec juste raison que son travail serait d'autant plus utile que, par une discussion approfondie, il parviendrait à établir une opinion meilleure et plus conséquente avec les faits.

Il a attaché à l'étiologie une grande importance, parce qu'elle peut fournir les documents les plus précieux pour la solution du problème. Mais il a pensé que pour que son étude fût vraiment utile, il fallait apprécier d'une manière plus physiologique qu'on ne l'a fait jusqu'ici, l'action des modificateurs de l'économie. La plupart des auteurs, en effet, se sont copiés les uns les autres sur ce point; ils ont adopté sans examen des erreurs qui les ont conduits bientôt à des idées préconçues......

Nous ne vous présentons, Messieurs, dans ce qui précède, que l'expression la plus simple de l'opinion de l'auteur sur l'étiologie de l'hystérie et de

l'hypochondrie : il ne nous est pas permis de vous faire connaître, dans son ensemble, le raisonnement rigoureux auquel il a soumis toute cette partie de la question; mais ce que nous venons de rapporter vous donnera la mesure des secours qu'il a su retirer de la méthode analytique. C'est par elle, en effet, qu'il a poussé jusqu'à la démonstration la différence des causes qui existent entre l'hystérie et l'hypochondrie; c'est par elle aussi qu'il a prouvé combien tous les auteurs se sont écartés de la vérité quand ils ont apprécié l'influence des modificateurs de l'économie sur la prédisposition et le développement de l'hystérie et de l'hypochondrie.

La symptomatologie de ces maladies a été traitée dans ce mémoire avec autant de soin et de méthode que leur étiologie. L'auteur oppose les uns aux autres ceux qui ont traité le même sujet, et il s'attache surtout à apprécier la valeur qu'ils ont donnée à chaque symptôme en particulier. Cet examen le conduit à attribuer le vague qui règne dans toutes leurs descriptions à la manière dont ils ont observé le début de ces maladies.......

Nous ne nous arrêterons pas à examiner ce que l'auteur dit ici de l'essentialité de l'hypochondrie. Nous laisserons chacun de vous, Messieurs, réfléchir sur un sujet que quelques personnes pourront considérer encore comme susceptible de beaucoup de controverse, malgré les travaux des physiologistes et des psycologistes.

L'auteur se serait écarté de la question s'il se fût borné à nous donner son opinion personnelle sur la nature et le siége de l'hypochondrie. Il énumère toutes celles qu'on a émises, et c'est avec le plus grand soin qu'il discute les vices que chacune d'elles présente.

Les théories sur la nature et le siége de l'hystérie n'ont été ni moins nombreuses ni souvent moins absurdes que celles qui ont été données sur l'hypochondrie. Notre auteur les combat, et il suit dans cette réfutation la marche qu'il a adoptée pour la seconde. Il prouve que l'hystérie ne dépend d'aucune lésion de tissu, et qu'elle est essentiellement nerveuse. Mais s'il nous a forcés, par ses raisonnements, de reconnaître que c'est là vraiment la nature de cette maladie, nous devons avouer qu'il ne nous a pas aussi bien convaincus pour le siége qu'il lui assigne. Il réfute l'opinion de Georget, qui la plaçait dans l'encéphale; il combat avec non moins d'avantage Sydenham, qui la confondait avec l'hypochondrie; il adopte l'opinion de Pujol et de M. Broussais, qui en font une maladie de l'utérus; mais, comme nous venons de le voir, il ne croit pas avec ces auteurs qu'elle consiste en une phlegmasie chronique de cet organe. Pour lui c'est une surexcitation nerveuse de la matrice, qui réagit sympathiquement dans les attaques sur l'axe cérébro-rachidien. Cette action sympathique se passe presque exclusivement sur la moelle alongée et la moelle épinière, très-rarement sur le cerveau. Voilà pourquoi on ne voit jamais de lésions de l'intelligence après les attaques d'hystérie les plus répétées.

Cependant, comme nous l'avons déjà remarqué, l'auteur n'a pas prouvé, d'une manière irréfragable, que l'utérus soit le siége de l'hystérie. Quelle que soit l'assurance avec laquelle il en parle dans certains passages, il ne paraît pas convaincu lui-même des preuves qu'il a administrées; car il dit dans son ouvrage : *Nous avons cherché à prouver par la succession des phénomènes de l'hystérie que le point de départ de cette maladie est dans l'utérus.* Cette opinion, comme on le voit, est présentée avec une réserve telle qu'elle est elle-même une preuve qu'il ne la croit pas très-fondée. D'ailleurs, on remarque encore ce passage : *Ainsi, en admettant un égal degré de bonne foi littéraire, ont est forcé de convenir que la matrice, dans le plus grand nombre des cas, est au début de l'attaque le siége ou le point de départ de sensations diverses.* Et plus loin l'auteur avoue que *ce n'est qu'après avoir longuement observé et avoir médité les auteurs, qu'on peut se croire fondé à admettre l'opinion qu'il présente.* On voit par ces divers rapprochements que l'auteur a été bien loin de démontrer son opinion, et qu'il s'est borné à un simple énoncé. Il faut que ce point de la question offrît de grandes difficultés, pour qu'un homme d'un esprit aussi sévère n'ait pas osé en aborder la discussion.......

Dans la dernière section de ce mémoire, l'auteur se livre à l'examen comparatif du traitement de l'hystérie et de l'hypochondrie. Il examine, ainsi qu'il l'a fait pour toutes les autres parties de la question, toutes les opinions émises depuis Hippocrate. Il apprécie les unes et les autres avec la sévérité de critique et la justesse de jugement que nous avons eu occasion de vous signaler plusieurs fois dans le cours de cette analyse. Ce chapitre mérite d'être consulté; il n'apprendra aucune nouvelle méthode pour traiter l'hystérie et l'hypochondrie, mais il rendra leur thérapeutique plus rationnelle, et fera repousser avec plus de soin des remèdes qui sont trop souvent dangereux.

Votre commission, Messieurs, se plaît à reconnaître que l'auteur de ce mémoire a considéré la question proposée sous son point de vue le plus utile. Il a pensé que l'examen comparatif des opinions des médecins qui ont écrit sur l'hypochondrie et l'hystérie, devait tourner au profit de la médecine pratique. Il serait difficile d'ajouter quelque chose à l'histoire des causes, et surtout de saisir avec plus de talent l'action des modificateurs sur l'économie. Partout on reconnaît un praticien consommé habitué à méditer sur l'enchaînement des phénomènes morbides. Aussi, votre commission ne balance pas à mettre son ouvrage au rang des meilleurs qui aient été écrits sur le même sujet.......

Votre commission, Messieurs, s'est livrée avec un soin scrupuleux au travail que vous lui aviez confié. C'était un devoir pour elle d'autant plus grand, qu'il s'agissait d'un sujet important que la théorie a controversé de mille manières, et ce devoir devenait rigoureux en quelque sorte, puisque la philosophie et la médecine pratique s'intéressaient presque également à la solution de cette question.

Votre commission a cherché à s'identifier pour ainsi dire avec chaque concurrent, et elle s'est convaincue des immenses difficultés qu'ils avaient à vaincre. Aussi n'hésite-t-elle pas à vous affirmer que si aucun d'eux ne les a pas toutes vaincues, il n'en est aucun qui ne mérite des éloges pour avoir abordé une question aussi vaste. C'est afin de couronner leurs efforts qu'elle vous propose de leur accorder des récompenses dans l'ordre que nous leur assignons ici :

1° Une médaille d'or de la valeur de 200 fr. à l'auteur du mémoire n° 2; c'est M. le docteur Frédéric Dubois (d'Amiens), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

2° Une première mention honorable à l'auteur du mémoire n° 4;

3° Une seconde mention honorable à l'auteur du mémoire n° 1.

Bordeaux, le 18 octobre 1830.

CONSIDÉRATIONS

PRÉLIMINAIRES.

§ 1er. LA question proposée par la Société royale de médecine de Bordeaux était déjà d'une assez haute importance : *Examiner comparativement les diverses opinions émises sur la nature, le siége, l'étiologie, la symptomatologie, le pronostic et la thérapeutique de l'hypochondrie et de l'hystérie, et faire ressortir l'identité ou les différences de ces deux maladies ;* mais il ne suffisait pas d'analyser comparativement et rigoureusement les opinions émises, sous ces divers rapports, par les auteurs ; il fallait encore, faisant abstraction de tout de qui avait été dit, interroger la nature, c'est-à-dire, saisir les premiers indices des modifications imprimées, dans l'économie, par les agents nuisibles, matériels ou immatériels ; suivre ensuite l'enchaînement, ou mieux, la filiation des phénomènes morbides, et arriver ainsi aux résultats les plus éloignés : ce n'est en effet qu'après avoir examiné la question de l'hypochondrie et de l'hystérie qu'il devenait possible d'établir, comme conséquence des faits raisonnés, une série de propositions propres à faire ressortir l'identité ou les différences de ces deux maladies.

Cette entreprise offrait bien des difficultés : d'un côté, nous ne devions pas chercher à prouver seulement par des aperçus généraux sur quelques symptômes saillants, que l'hypochondrie et l'hystérie forment bien deux individualités morbides ; tout, en médecine, pourrait être scindé par des considérations générales qui ne porteraient sur aucun fait positif ; d'un autre côté, nous ne devions pas moins nous garder de concentrer l'attention des lecteurs sur ces minutieuses variétés des physionomies morbides que le médecin rencontre à chaque pas dans la pratique, et à l'aide desquelles on pourrait en quelque sorte individualiser indéfiniment. Ce double écueil, au reste, avait été signalé dès l'enfance de l'art, et le père de la médecine l'avait sagement évité : « Hippocrate, dit Cabanis, se montre également en garde et contre » ces vues précipitées qui généralisent sur des » données insuffisantes, et contre cette impuissance de l'esprit, qui, ne sachant pas apercevoir les rapports, se traîne éternellement sur » des individualités sans résultats. »

Quant à l'ordre que nous avons suivi, c'est, à peu de choses près, celui que la Société nous avait tracé elle-même ; et si nous sommes parvenus à prouver, par des examens comparatifs, que l'hypochondrie et l'hystérie diffèrent par leur nature, par leur siége, par leurs symptômes, par leurs terminaisons, par leur pronostic, et enfin par le traitement qu'elles réclament, nous croirons avoir suffisamment prouvé que ces deux affections diffèrent *essentiellement* l'une de l'autre, et que persister à les regarder comme identiques, c'est vouloir retarder sans motif plausible l'étude de leur diagnostic différentiel.

Nous devons toutefois faire remarquer, avant d'aller plus loin, que, dans l'état actuel des connaissances médicales, il ne faut rien moins que des différences établies dans toutes ces parties pour faire rejeter formellement l'identité de deux maladies.

En effet, les synonymies et les classifications sont l'œuvre des médecins ; le temps les modifie, elles appartiennent rarement à la nature. Quant aux agents modificateurs, qui ne sait que les mêmes causes peuvent déterminer des maladies variées, et que des lésions identiques peuvent être déterminées par des causes différentes ? Les symptômes considérés *seuls* n'offriraient pas une base plus solide, loin d'être toujours identiquement reproduits, loin de correspondre toujours directement aux divers genres de lésions ; des liens sympathiques à peu près inconnus, et le *consensus* général de l'économie, amènent les différences les plus imprévues et les plus bizarres. Bien plus, les symptômes peuvent être *nuls*, comme disent les nosologistes ; il n'est point de lésion même matérielle et profonde qui ne puisse parfois rester *latente*, et cela pendant toute la durée de la maladie.

Les terminaisons, sous ce rapport, ne sont pas moins trompeuses; le nosologiste observe que *le plus ordinairement* telle maladie incline vers telle terminaison; mais dès que plusieurs éléments organiques sont appelés à jouer un rôle dans la production des phénomènes morbides, rien de plus variable que les terminaisons, rien de moins propre à différencier les maladies qui les ont amenées.

Passons aux caractères anatomiques. Une école, qui se prétend toute moderne en médecine, celle des anatomo-pathologistes, a cru un instant pouvoir reconnaître matériellement et invariablement toutes les lésions morbides : LE FLAMBEAU de l'anatomie pathologique, c'était leur terme de prédilection, devait éclairer désormais toutes les parties de la science restées jusque-là dans l'obscurité.

Cette erreur a peu duré, du moins pour les bons esprits, pour les chefs de cette école : aussi M. le professeur Andral s'est-il vu forcé de reconnaître et d'avouer, dans le sein d'une compagnie savante, que, loin de pouvoir différencier les maladies, beaucoup de caractères anatomiques, donnés comme point de départ d'une foule de symptômes, n'entrent souvent pour rien dans leur production; et que le plus souvent, simples effets cadavériques, ils suivent, dans leur apparition, une double loi étrangère à l'organisme; c'est-à-dire, que les altérations regardées comme pathologiques, telles que les injections, les rougeurs, les ramollissements, etc., sont en raison composée de la chaleur atmosphérique et du retard qu'on apporte à faire l'ouverture des cadavres.

Si la *nature* des lésions pouvait être rigoureusement appréciée, assurément elle suffirait à elle seule pour constituer clairement les individualités; mais, comme il n'en est pas ainsi, et que, dans son investigation, on a besoin d'étendre ses recherches et dans l'étude des symptômes et dans celle des caractères anatomiques, il en résulte que, considérée seule et en elle-même, cette nature ne serait qu'un être de raison, une abstraction arbitrairement individualisée.

Les différences dans le pronostic de deux maladies sont des conséquences du degré de gravité attribué à chacune d'elles, elles ne peuvent donc entrer pour rien dans les éléments de leur diagnostic.

Quant à la thérapeutique, est-elle raisonnée? elle n'a de valeur que lorsque ses indications ressortent de la connaissance précise des lésions; est-elle empirique? elle suppose encore quelques distinctions entre les maladies les plus tranchées. Ce n'est plus aujourd'hui qu'on voudrait donner tel genre de médication comme une pierre de touche; ainsi, loin d'attendre de la thérapeutique quelques lumières pour notre travail, avouons que cette partie surtout est restée en arrière.

Ces réflexions suffisent pour montrer ce qu'on pourrait espérer de chaque division examinée isolément. En conclurons-nous que l'ensemble des présomptions ne sera d'aucune valeur? Non, sans doute : si par une concordance générale, tout tend à prouver que nous avons réellement analysé deux maladies, nous croirons à l'existence de ces deux maladies, et ce qui n'était que présomption deviendra certitude; hors cette manière de raisonner, il n'y a rien à faire encore en médecine, parce que nulle part, suivant l'expression de Bacon, empruntée par M. le professeur Andral, nulle part, en médecine, on ne voit une vérité qui, comme une tour, puisse dominer toute la science.

Revenons au plan de cet ouvrage. Nous avons suivi, avons-nous dit, la marche que nous avait tracée la Société; les modifications que nous allons indiquer ne portent pas en effet sur le fond de cette division. Ainsi, pour procéder analytiquement, nous nous sommes réservés de n'aborder la nature et le siége de nos deux affections qu'après en avoir recherché minutieusement les causes, et qu'après en avoir tracé fidèlement l'histoire symptomatique. Nos idées sur la nature et le siége sont basées sur l'étude de leurs causes et de leurs phénomènes; il était donc indispensable pour les faire adopter de traiter préalablement de l'étiologie et de la symtomatologie.

Agir autrement, c'eût été trancher la question *à priori*, et substituer l'autorité aux faits et aux raisonnements.

Après un court exposé historique des sentiments des auteurs sur l'acception donnée aux mots hypochondrie et hystérie, et après un aperçu rapide de l'ordre nosologique dans lequel on a successivement placé ces deux maladies, nous avons abordé leurs causes et nous en avons fait une étude comparative. Cette investigation nous a fourni des documents précieux pour l'appréciation de leur nature, et conséquemment de leur diagnostic différentiel.

La symptomatologie comprend trois périodes pour l'hypochondrie et deux degrés pour l'hystérie; là, les différences ne sont pas moins tranchées entre ces deux maladies; préparés par l'étude des causes, nous avons trouvé celle des symptômes extrêmement simplifiée.

L'histoire des terminaisons les plus fréquentes de l'hypochondrie et de l'hystérie n'a pas dû être négligée; rarement les terminaisons sont constantes et régulières; néanmoins elles entrent encore dans les motifs qui nous ont portés à différencier les lésions.

Les ouvertures de cadavres nous ont été utiles, moins pour trouver le point de départ des phénomènes morbides que pour constater les effets matériels ou parfois les complications de ces mêmes phénomènes; alors seulement nous avons traité de

la nature et du siége, et, à cet égard, les opinions émises par les auteurs ont été successivement examinées et comparées.

Nos idées sur ce point ont été exposées comme exprimant les conséquences naturelles et inévitables de l'action des causes et de l'apparition des symptômes. Le pronostic a été approximativement donné comme une suite de nos études sur les terminaisons les plus ordinaires.

Enfin la thérapeutique a été considérée sous le point de vue comparatif et philosophique ; mais rappelons ici que tout en suivant l'idée-mère de notre travail, c'est-à-dire, l'appréciation de l'identité ou de la différence de l'hypochondrie et de l'hystérie, nous avons cherché quels secours on doit raisonnablement attendre de l'art dans ces deux graves maladies.

§ II. Dénominations diverses.—Définitions des auteurs.— Classifications. Il suffit de jeter un coup d'œil rapide sur les diverses dénominations successivement imposées à l'hypochondrie, pour se convaincre que tantôt on a voulu désigner le siége précis de la lésion primitive, le véritable point de départ des phénomènes morbides, et tantôt signaler un symptôme prédominant, comme pouvant, à lui seul, sinon constituer, du moins caractériser cette affection.

Pas plus que Georget, nous ne voulons, d'après un sens étymologique, trouver le siége et pénétrer la nature intime de l'hypochondrie ; nous nous contenterons de faire quelques remarques sur les variations principales de cette synonymie.

Relativement au siége, la région épigastrique et les hypochondres ont toujours été plus spécialement désignés ; bien qu'on ne puisse réellement trouver dans cette région le siége de l'hypochondrie, il faut le dire cependant, ce n'est pas sans raison que l'attention des observateurs a été plus particulièrement tournée vers ce point. C'est de là que surgissent en effet les symptômes les plus propres à frapper le commun des hommes, c'est-à-dire les symptômes prédominants de la seconde période.

Le mot hypochondrie indiquait donc un siége approximatif, de même que le *morbus mirachialis* des Arabes. Mais quel était l'organe spécialement et primitivement affecté? Quelle était la nature de l'affection? Il y a plusieurs viscères dans les hypochondres. Ceci est une remarque faite par Mercurial, précisément dans le cas qui nous occupe : *in hypochondriis complura sunt viscera*, dit-il (de Melan, cap. IV), et on ne sait de quel genre de lésion parlent les auteurs *et quo affectu afficiantur viscera.*

Relativement au symptôme désigné comme pathognomonique, on a beaucoup plus varié ; tantôt on s'est attaché à signaler les dispositions morales des malades, tantôt la couleur terne de leur peau, l'émaciation de l'économie, tantôt on s'est uniquement attaché à une sécrétion insolite de gaz, qui a lieu parfois dans l'estomac et dans les intestins des hypochondriaques. De là les expressions de *morbus niger, morbus resiccatorius, morbus corruptorum*, παθος φυστωδες, etc.

Pour ce qui est de l'hystérie; le point de départ des symptômes, quoique assez obscur, du moins dans la majorité des cas, n'a pas éprouvé beaucoup de variations. L'organe primitivement lésé a presque toujours été désigné par les auteurs ; les erreurs n'ont pas été moins nombreuses, si l'on veut, mais elles ont plutôt porté sur le genre de lésion dont on le soupçonnait affecté. C'est pour cela qu'on peut trouver aussi une foule de synonymies dans les auteurs. On va en juger.

Chez les Grecs : ἣ πνίξ ὑστερικὴ, ἣ πνίξ τη εν γαστρι, υπερχινησις, etc.

Chez les latins : *hysteria, hystericismus, hysteriasis, hysteris, malum hystericum, morbus hystericus, adfectio hysterica, uteri adscensus, morbus strangulatorius, suffocatio uterina, hysteralgia, passio hysterica, uteri dolor, hysterergia medica, vapores uterini, dyspnœa hysterica, strangulatio vulvæ, strangulatio hysterica, asthma uteri*, etc., etc.

Chez les Français : *hystérie, hystéralgie, mal de mère, vapeurs utérines, névroses utérines*, etc.

Chez les Allemands : *die hysterie, mutterbeschwerde, mutterkrankheit, mutterweh, hysterisches uebel, mutterkrampfe*, etc., etc.

Chez les Anglais : *hystericalfits, hysterick passion, rising of the mother*, etc.

Ainsi, tantôt on a cru trouver la cause de tous les désordres de l'hystérie, dans la constriction, dans l'étranglement de l'utérus, tantôt dans le déplacement de cet organe, et tantôt dans des lésions organiques ; un mot qui n'aurait rien préjugé, aurait peut-être dû avoir la préférence ; il n'aurait pas du moins contribué à retarder les progrès de la science, en rappelant d'anciennes erreurs. Mais après tout, il suffirait de bien s'entendre aujourd'hui sur l'acception à donner au mot hystérie pour le conserver et pour justifier la généralité de son usage. Le mot *hystéralgie*, renouvelé depuis quelque temps, ne convient pas, il est trop vicieusement significatif, et il ne convient pas davantage à l'inflammation de la matrice, malgré l'explication de M. Louyer-Villermay. Nous ne nous arrêterons pas davantage sur ces distinctions, qui ne sont, après tout, que des distinctions de mots.

§ III. Passons à la *classification.* Il est aujourd'hui plus difficile que jamais de s'entendre sur le lieu que l'on doit assigner à l'hypochondrie et à l'hystérie dans un cadre nosologique. De même qu'on a obscurci les données diagnostiques en voulant les simplifier, c'est-à-dire en voulant faire

correspondre directement, et dans tous les cas pathologiques possibles, une série bien déterminée de symptômes à une lésion matérielle également bien déterminée, de même, en cherchant continuellement à rétrécir les cadres nosologiques, on a fini par rendre impossible le classement d'une foule de maladies, et spécialement celui des deux maladies qui nous occupent.

Après l'élimination des fièvres essentielles est venue l'élimination des névroses; après celle-ci est venue l'élimination des altérations organiques : les premières et les secondes parce qu'on a nié leur existence, les dernières parce qu'on les a regardées comme des formes variées ou comme les produits de l'inflammation. Si donc nous ne consultions que certains auteurs modernes, nous ne pourrions trouver l'hypochondrie et l'hystérie que dans l'ordre des phlegmasies abdominales (Pujol, Broussais, etc.) ; ce qui répugne aux faits d'observation, comme nous le verrons plus tard.

Mais remontons plus haut, sans toutefois y attacher, pour le moment, d'autre importance que l'autorité de quelques auteurs relativement au classement de ces deux maladies.

La classe des vésanies, dans laquelle Sauvages a rangé, avec l'hypochondrie, et de simples symptômes et des maladies d'une nature essentiellement différente, cette classe a pris tellement d'extension entre ses mains, que nous sommes forcés d'avouer qu'elle ne peut préjuger en rien les différences de l'hypochondrie et de l'hystérie : il suffit de dire que le vertige, la berlue, le démonomanie, etc., etc., se trouvent compris dans cette classe. Cependant, il faut le reconnaître, ce nosologiste entrevoyait vaguement dans l'hypochondrie une déviation des facultés intellectuelles comme point de départ et origine première de tous les désordres, et l'hystérie lui paraissait avoir plus de rapport avec les spasmes d'abord en dehors de la sphère de l'intelligence et indépendants des volitions.

Joseph Franck a maintenu l'hystérie dans les affections spasmodiques. Haase a voulu préciser ce genre de lésion, mais sa division est plus arbitraire.

Il est évident que M. Louyer-Villermay s'est égaré dans les ramifications de son arbre nosologique : il range d'abord l'hystérie dans la classe des névroses, et en cela il suit l'exemple de Cullen et de Pinel ; puis il la reporte dans l'ordre des vésanies, et cela parce que certains auteurs ont confondu cette maladie avec l'hypochondrie, qui est aussi une vésanie pour M. Louyer. Ce n'est pas tout : cet auteur, ayant besoin d'un *genre*, et même d'une *espèce*, revient aux névroses, et il trouve que les *névroses de la génération* forment ce genre, et les névroses génitales de la femme l'espèce. Ce n'est donc pas sans raison qu'un auteur étranger (Loewenthal) s'écrie : *Hanc classificationem mirati sumus* ! et l'on conçoit déjà peut-être que, tout partisan que s'est déclaré M. Louyer-Villermay de la distinction de nos deux maladies, avec des idées aussi peu rigoureuses, il nous sera d'un bien faible secours dans la suite de notre travail.

Ce pressentiment sera même justifié en voyant combien cet auteur méconnaît la nature de l'hypochondrie dans la définition qu'il a donnée de cette maladie.

Au lieu de suivre la route entrevue par Sauvages et indiquée par Linnée, c'est-à-dire, au lieu de déterminer, comme nous essaierons de le faire, quel est l'état de l'intelligence au début de cette affection, M. Louyer-Villermay dit sérieusement que c'est une *affection* éminemment *nerveuse* qui réside dans une *manière d'être* du système *nerveux* qui vivifie les organes digestifs : d'où l'on conçoit qu'il la place dans la classe des *névroses*, pour revenir dans l'ordre des *vésanies*, etc., etc. Raisonner ainsi, c'est assurément, suivant l'expression de Georget, enseigner fort peu de chose. Ce même Georget, sans avoir atteint le but, suivant nous, dit avec raison que les phénomènes caractéristiques de l'hypochondrie viennent de la tête, tandis que pour l'hystérie on trouve son phénomène caractéristique *dans* les attaques convulsives. Avouons cependant que le siége de cette dernière maladie lui paraît être encore dans la tête : c'est une erreur que nous chercherons à combattre dans d'autres lieux. Pour le moment, nous ne voulons que prendre acte de cet aveu, et montrer qu'un bon observateur est toujours utile dans la science, même en déduisant de fausses conséquences, parce que les faits restent; tandis qu'en soutenant une bonne thèse un auteur peu judicieux ne peut être d'aucune utilité.

Il y a plus, et on peut le dire aujourd'hui, c'est se livrer à un travail stérile que de rechercher minutieusement *l'ordre* auquel doit appartenir telle maladie ; puis le *genre*, puis l'*espèce*, puis la *variété*, etc., etc. Autant ces méthodes sont utiles aux naturalistes pour grouper les familles des êtres organisés, autant elles peuvent être nuisibles en médecine, en inspirant insensiblement de fausses idées sur la nature des maladies et sur leurs analogies. L'esprit, en effet, finit par oublier qu'il ne s'agit que de simples modifications imprimées à l'économie animale; il se familiarise en quelque sorte avec cette idée qu'il s'agit de distribuer méthodiquement des individualités abstraites, et toutes ses forces sont employées à méditer sur des êtres de raison.

Nous ne chercherons donc pas à classer l'hypochondrie et l'hystérie à la manière des nosologistes, nous chercherons encore moins à les *définir;* nous nous contenterons de résumer en peu de mots l'idée générale que nous nous faisons de ces deux maladies, et nous indiquerons ainsi le sens

dans lequel seront dirigés tous nos travaux; c'est comme une solution que dès ce moment nous signalons, mais dont les éléments seront successivement discutés dans chacun des chapitres de notre livre.

§ IV. Suivant nous, l'hypochondrie consiste primitivement dans une déviation, ou plutôt dans une fâcheuse application des forces de l'intelligence humaine; nous verrons plus tard que *tout* part de là dans cette maladie, que *tout* peut y être rapporté; c'est en ce sens qu'on peut considérer cette affection comme une *monomanie* bien distincte, puisqu'elle est caractérisée par une préoccupation dominante, spéciale et exclusive, c'est-à-dire, ou par une crainte excessive et continuelle de maladies bizarres et *imaginaires*, ou par l'intime persuasion que des maladies *réelles*, à la vérité, mais toujours mal appréciées, ne peuvent se terminer que d'une manière funeste.

Il n'y a pas autre chose dans l'état *primitif* de cette maladie; et plus tard, c'est-à-dire dans les dernières périodes, c'est encore ce qu'il y a de mieux caractérisé, de plus positif et de plus constant; le reste se trouve toujours sous la dépendance de cette lésion primordiale de l'intellect.

Cette maladie est exclusive à l'esprit humain; elle est plus particulière aux hommes qu'aux femmes, en raison des causes que nous ferons connaître; elle est apyrétique, comme l'ont remarqué les plus anciens observateurs, *absque febre sitique*, obscure, et enfin à peu près inconnue dans la filiation de ses caractères phénoménaux, parce qu'elle n'a pas encore été rigoureusement analysée.

L'hystérie, pour être bien appréciée, doit être suivie dans tous ses accidents symptomatiques; il est très-difficile d'en donner une idée à la fois générale et précise; toutefois, nous pouvons dire que nous ne voyons dans cette maladie, comme caractère fondamental, qu'une perturbation violente, ordinairement brusque, toujours intermittente de l'innervation générale; perturbation déterminée par une surexcitation, ou irritation nerveuse locale, que nous ferons connaître plus particulièrement dans la suite, mais qui, dans tous les cas, est bien différente des irritations vasculaires.

Cette maladie est également apyrétique, exclusive aux femmes, et parfaitement distincte de l'hypochondrie par tous les éléments qui constituent les maladies.

Tel est le jugement que nous croyons pouvoir énoncer *à priori* sur ces deux affections, nous réservant d'en démontrer rigoureusement l'exactitude dans la suite de cet ouvrage.

ÉTIOLOGIE.

A. *Considérations générales sur les causes de l'hypochondrie et de l'hystérie.*

§ 1er. Sydenham ayant confondu, comme nous le verrons plus tard, non-seulement les symptômes de l'hypochondrie avec ceux de l'hystérie, pour en faire une seule et même maladie sous nom d'*affection hystérique* (Sydenh., *Méd. prat.*, Paris, 1799, p. 463), mais encore les symptômes d'une foule de maladies étrangères à ces deux affections, a dû nécessairement apporter la même confusion dans l'étude des causes. Ainsi on voit, sous le même chef, les mouvements violents du corps et les vives émotions de l'âme, telles que la colère, le chagrin, la crainte, etc., une abstinence trop longtemps prolongée, et la chute de la matrice (pag. 531, prop. 139), la suppression des lochies et l'écoulement immodéré des règles, etc., etc. Si les causes énumérées par Sydenham offraient entre elles quelque analogie, soit par leur nature, soit par leur mode d'action sur l'économie animale, ou pourrait peut-être en inférer quelque présomption en faveur de l'identité de l'hypochondrie et de l'hystérie; mais il résulte de ce que nous venons de dire qu'on doit plutôt en tirer des inductions opposées.

Ce n'est pas ici le lieu de parler des causes *immédiates* inventées par Sydenham; nous nous contenterons seulement de regretter qu'un médecin, doué d'ailleurs d'une profonde sagacité, ait consacré plusieurs pages de son livre à l'explication des phénomènes de ces deux maladies par l'inégale répartition et le désordre des esprits animaux (p. 483 et suiv).

Examinons plutôt, et toujours comparativement, les causes de l'hypochondrie et de l'hystérie telles que l'observation et le raisonnement nous les ont fait admettre, en procédant des générales aux particulières.

Plusieurs divisions ont été proposées pour coordonner l'étude des causes : quelques-unes ont été rejetées avec raison, d'autres à tort.

Tout récemment on a voulu diviser les causes en matérielles et en immatérielles ; cette distinction est plus spécieuse que solide ; elle porte plutôt sur les agents que sur la causalité ; en effet, à l'exception des causes traumatiques et des substances spéciales, qui, en s'introduisant dans l'économie, viennent en infecter les liquides, tous les agents matériels et immatériels troublent les fonctions ou altèrent le tissu des organes, sans différences appréciables dans le mode de causalité.

Une distinction plus fondée, quoique banale si l'on veut, est celle qui sépare les causes *prédisposantes* des causes *déterminantes;* elle est plus fondée parce qu'elle établit des rapports de causalité. M. Louyer-Villermay n'a donc pas fait preuve d'un esprit méthodique en blâmant cette division. Il en donne pour raison que le même agent peut constituer tour à tour une prédisposition ou une cause efficiente, suivant son intensité ou la disposition de l'individu (Malad. nerv., page 224). Sans doute une cause prédisposante, par sa longue action seule, par sa seule intensité, peut déterminer une maladie, comme une dernière goutte d'eau fait déborder un vase déjà plein, et nous en tiendrons compte en temps et lieu pour l'hypochondrie et pour l'hystérie; mais il n'en est pas moins vrai qu'il est un ordre bien distinct de causes plus particulièrement prédisposantes à ces deux maladies, et il est encore plus rigoureusement vrai, et cela pour toutes les maladies peut-être, que l'éternelle série des causes occasionnelles, répétée par chaque auteur, serait nulle pour le développement, si déjà il n'existait une funeste et trop active prédisposition. C'est donc cette prédisposition que le médecin doit étudier ; elle se confond avec la *diathèse* des anciens, et pour l'étudier il faut en rechercher les éléments. L'auteur que nous venons de citer a préféré diviser les causes en *physiques* et en *morales*. Pour faire juger comment il entend cette classification, il nous suffira de dire qu'il range parmi les causes *morales* de l'hypochondrie tout ce qui peut impressionner les sens, comme les odeurs, les parfums, le régime végétal ou animal exclusif, le son produit par le choc des verres, etc., les professions, l'hérédité, etc. (Malad. nerv., p. 293 et suiv.).

Et parmi les causes *physiques :* l'âge, les métiers (242), les affections syphilitiques, etc.

Pour l'hystérie, même confusion. On trouve parmi les causes *physiques :* les odeurs, celle du

charbon en particulier, la continence (36), une vive sensibilité nerveuse (35), etc.; et parmi les causes *morales* : une constitution délicate et nerveuse (39), l'empire des organes reproducteurs (41), l'époque de la puberté (42), etc.

Quelques bons esprits avaient cru reconnaître des causes internes et des causes externes : cette distinction n'est pas admissible dans l'état actuel des connaissances médicales. En effet, à l'exception des lésions héréditaires, de certaines dispositions morales innées, des vices de conformation et des arrêts du développement, toute modification morale ou physique a dû primitivement être déterminée par l'impression des agents qui nous entourent; resterait donc à fixer le laps de temps nécessaire pour qu'un phénomène soit dit de cause interne, ce qui serait trop arbitraire.

Georget a senti que l'ancienne division devait être conservée. Il admet des causes prédisposantes et des causes excitantes de l'hypochondrie et de l'hystérie ; nous suivrons son exemple dans la recherche comparative des causes de ces deux maladies, et dans l'appréciation philosophique de celles qu'on a généralement admises.

B. *Causes prédisposantes de l'hypochondrie et de l'hystérie.*

§ II. Nous passerons en revue ces causes, avons-nous dit, en commençant par celles qui influencent les masses, et en terminant par les plus individuelles.

Non-seulement la nature physique impressionne et modifie puissamment les hommes, suivant qu'ils se rapprochent des régions équatoriales ou qu'ils se groupent vers les pôles, suivant qu'ils habitent l'ancien ou le nouveau monde, les continents ou les îles, mais encore selon la nature du terrain qui les nourrit, idée émise d'abord par Hippocrate (*De œre* 120) et reproduite par Montesquieu : « La stérilité des terres rend les hommes industrieux, sobres et endurcis au travail; la fertilité d'un pays donne, avec l'aisance, la mollesse et *un certain amour pour la conservation de la vie.* » (*Esprit des lois*, livre XVIII, chap. IV.) N'allons pas trop loin, cependant ; le climat n'est qu'une des causes modificatrices de l'homme; il serait absurde de croire, avec l'auteur de l'article *Topographie* du *Dictionnaire des sciences médicales*, que le climat fut la base *de tout*, de la manière d'être individuelle, de la religion, des mœurs, de la législation, du gouvernement, etc.

Comme être intelligent, l'homme réagit sur la nature; il défriche les terrains incultes, il détruit les forêts, aplanit les montagnes, dessèche les marais, ouvre les canaux, etc.; et si sa nature propre suit ces changements topographiques, il est encore la cause première de leurs influences. Le climat lui-même devient un instrument entre ses mains puissantes.

Quelque présomptueux que soit l'homme, dit Robertson, il ne pourrait marquer trop de vanité, ni trop s'applaudir lui-même, s'il pouvait comparer l'aspect de la nature inculte et l'état de la terre depuis qu'il a *réagi* sur elle et que ses mains l'ont embellie.

Il y a donc réellement communauté d'action et de réaction entre l'homme et le globe qu'il habite, et conséquemment nécessité d'étudier *l'action des climats;* mais il faut apporter dans cette étude des notions précises, et ne pas retomber, avec certains auteurs, dans ces éternels lieux communs de parallèle entre les peuples du midi et ceux du nord ; parallèle faux, inventé par l'imagination de quelques médecins qui, à l'exemple de Pomme (*Scribo in œre arelatensi*, *Traité des effets vapor.*, introduct.), pourraient se vanter de n'avoir jamais quitté leur pays.

La nature n'a pas distribué la force physique en raison des latitudes : il y a plus de vigueur physique et plus de rudesse morale chez les Piémontais, les Arragonais, les Asturiens et les Basques que dans tous les grands corps de la Germanie et toutes les nations slaves.

Au lieu de chercher à concilier des opinions réellement contradictoires, M. Louyer-Villermay aurait dû examiner la question de fait, et vérifier avant d'expliquer.

Hoffmann et Réveillon regardent les pays froids comme favorables au développement de l'hypochondrie; Van-Swieten et Bosquillon sont d'un avis contraire : selon eux, les pays méridionaux prédisposent plutôt à cette maladie. Pour accorder ces autorités, M. Louyer-Villermay avance que les deux extrêmes de la température produisent constamment une *atonie générale* (p. 232), d'où prédisposition égale à l'hypochondrie. Il y a ici à la fois contradiction et erreur : contradiction, parce que plus haut cet auteur a trouvé que les peuples du nord sont à ceux du midi ce que l'*Hercule Farnèse* est à l'*Apollon du Belvéder*, c'est-à-dire, en langage ordinaire, que la force est du côté du nord ; erreur, parce que la cause prochaine de l'hypochondrie ne réside pas dans une atonie générale.

Je l'ai déjà dit, avant de chercher à expliquer le mode d'action du climat il fallait constater les faits; eh bien ! malgré l'autorité de Georget, qui place les climats chauds au nombre des causes prédisposantes, il est de fait que les hypochondriaques sont plus nombreux dans le nord-ouest de l'Europe que partout ailleurs : l'opinion de *Cheyne* est d'une vérité incontestable, mais cela tient à plusieurs causes : les esprits, dans ces contrées éminemment civilisées, s'intéressent vivement ou même participent au maniement des affaires de l'état ;

les fortunes y sont presque toujours le produit de l'industrie : aussi l'énergie morale y est fortement développée : or nous verrons constamment ce développement en rapport avec la fréquence des affections hypochondriaques.

§ III. S'il était nécessaire ensuite de chercher, comme on a tenté de le faire, quel rôle l'*imagination* des peuples peut jouer dans cette fréquence, nous prouverions, contre l'opinion commune, que si dans le midi l'imagination paraît plus remarquable, elle y est moins active que dans le nord-ouest, parce qu'elle y est plus matérielle, et que, dans ses inspirations les plus brillantes, elle n'y reflète guère que les images du monde physique ; dans le nord-ouest, au contraire, elle se montre forte, active et vraiment créatrice; elle se repaît de productions idéales, elle vit dans un monde moral et intellectuel; il en résulte que lorsque cette imagination puissante se tourne sur elle-même, elle est bien plus ingénieuse à se créer des maux ou à exagérer outre mesure ceux qui existent réellement. Il faut le dire cependant, cette imagination agite seulement ces hommes qu'une certaine aisance met à l'abri des premiers besoins de l'existence, et à qui la terre devenue fertile a donné cet amour pour la conservation de la vie dont parle Montesquieu. Pour les autres la vie se partage entre le sommeil et un travail pénible qui n'est encore qu'un sommeil pour l'intelligence.

Ce que nous venons de dire est prouvé par l'état actuel de la littérature en Europe ; dans le nord elle produit moins peut-être que dans le midi, mais elle est pleine de vie, de jeunesse et de chaleur.

Quand Alfieri voyagea dans le Nord, dit un écrivain anglais (*Foreign Review*), il fut surtout frappé du silence solennel de la nature : ce n'était plus tous ces bruits confus des contrées méridionales, murmures d'insectes, bourdonnements indistincts, échos nombreux, signes d'une puissance de vie qui se répand au-dehors, et déborde, pour ainsi dire, mais un calme énergique et une grandeur muette qui semblait cacher en elle-même son activité, la resserrer et la comprimer pour l'accroître.

L'hypochondrie tire sa source d'une fausse direction de l'énergie morale : aussi se rencontre-t-elle là où, d'accord avec le climat, les institutions politiques et les situations particulières favorisent cette énergie et déterminent ainsi une prédisposition formelle.

Il en est autrement pour l'hystérie, parce qu'elle est plus en dehors des opérations de l'esprit : un appareil particulier d'organes, l'appareil utérin, est frappé de névroses, c'est-à-dire qu'il devient le siége de sensations anormales, et bientôt l'innervation viciée, propageant plus loin les désordres, constitue l'hystérie, comme nous le dirons plus tard ; mais tel est le point de départ. Plus le système nerveux dominera, plus les névroses seront fréquentes et variées ; et plus le climat favorisera le développement de ce système, plus il prédisposera à ces lésions de l'innervation : or c'est dans les climats chauds qu'il faut voir jusqu'où peut aller l'exquise sensibilité des organes, et par suite les désordres de l'innervation.

Sydenham dit, à la vérité, que de son temps l'affection hystérique était en Angleterre la plus fréquente de toutes les maladies *chroniques ;* mais si nous cherchions ce qu'il entendait par affection hystérique, nous verrions que, outre l'hypochondrie, il comprenait sous ce nom à peu près toutes les maladies qui affligent le genre humain:seulement il exigeait une condition pour qu'elles reçussent ce nom, c'est que leur marche fût irrégulière. Pour le prouver il en vient aux exemples, et celui qu'il a choisi nous donnera une idée exacte de ce qu'il entendait par hystérie : « Quand cette maladie attaque le cerveau, dit-il (*Méd. prat.*, p. 477), elle y produit une apoplexie *entièrement* semblable à l'apoplexie ordinaire, et qui se termine de même par une hémiplégie. » Est-il donc surprenant que Sydenham ait vu tant d'hystéries sous le ciel de l'Angleterre, et que, selon lui, peu de femmes en soient entièrement exemptes ? Cette affection forme la moitié des maladies apyrétiques, selon cet auteur (p. 473).

De ces considérations sur les climats il résulte une première différence de causalité entre l'hypochondrie et l'hystérie : c'est que l'hypochondrie règne dans les régions tempérées et dans les régions froides et humides, *in aeris frigidâ constitutione, in regionibus quæ ad septentrionem vergunt,* pour nous servir des expressions de Fréd. Hoffmann, parce que dès que l'homme y est au-dessus des premiers besoins de la vie, son entendement y reçoit un haut degré de culture et d'activité, et se prédispose aux lésions morales ; l'hystérie, au contraire, mode vicieux d'innervation, se montre plutôt dans les climats chauds, qui favorisent si puissamment le développement des constitutions nerveuses, dont elle est un des principaux accidents.

§ IV. Si nous examinons maintenant l'influence de l'*expatriation*, nous verrons qu'en certaines circonstances elle se rapproche de celle des climats, du moins dans ses effets. Un homme est arraché aux lieux qui l'ont vu naître, transporté sous un ciel étranger ; la patrie absente est toujours devant ses yeux, tout ce qui l'entoure se couvre des couleurs les plus sombres ; son esprit dès-lors est plein d'une idée exclusive, il ne vit plus que de souvenirs ; et s'il ne voit pas de terme à son exil, de tristes pressentiments lui persuadent qu'il est au milieu de causes de destruction. En effet, bientôt l'appétit se perd, et diverses lésions d'organes se déclarent. Une indifférence morale profonde pour tout ce qui est étranger au pays, et une prostration

physique toujours croissante, sont les traits dominants de cette maladie : elle a été individualisée, et on lui a donné le nom de *nostalgie*, maladie qui n'en est pas une, suivant Georget. Cet auteur ne reconnaît en elle qu'une *cause morale* d'affections diverses. Nous pensons comme lui : la nostalgie est primitivement un état moral pénible ; mais cet état nous paraît tellement analogue aux symptômes primitifs de l'hypochondrie que nous le regardons comme une des *variétés* de cette maladie. Cette variété a une cause spéciale, et c'est à cette cause, qui lui imprime son cachet de spécialité, qu'est due son apparente individualité ; du reste sa nature est la même que celle de l'hypochondrie. Un jeune docteur de l'école de Paris, qui a particulièrement étudié la nostalgie chez les marins, a été conduit à faire le même rapprochement. «De la nostalgie, dit-il, » je rapprocherai l'hypochondrie, plus spécialement » fréquente parmi les officiers de marine. Pendant » ces longues traversées, ces croisières insipides » que rien ne remplit ; durant ces quarts paisi- » bles et solitaires de belles nuits, l'âme s'aban- » donne à de vaines chimères, s'y livre aux illu- » sions de l'amour-propre, aux rêves de l'ambi- » tion, qui fermentent et se créent des fantômes » brillants que le réveil dissipe, laissant à leur » place la triste réalité et la perception désolante de » la situation actuelle. »

Pour le marin, en effet, dont la vocation n'est point prononcée, qu'une profonde sensibilité attache aux objets dont il s'éloigne malgré lui, les chances de résistance aux agressions morbides sont bien peu nombreuses. A mesure qu'il s'éloigne il calcule l'espace qui le sépare de ce qu'il a de plus cher ; il ne voit qu'un abîme entre lui et le bonheur, et tombe dans un état voisin du désespoir. Dans cet état oppressif le moindre germe de maladie exercera bientôt d'affreux ravages, fomentés ainsi par une *idée fixe*, le découragement et la crainte de la mort. (*Infl. de la navig. sur le mor. et le phys. de l'homme*).

C'est donc assez naturellement que nous avons rapproché ici les effets produits par l'expatriation, non que nous pensions que les affections nostalgiques soient le résultat unique de l'influence d'un ciel nouveau, puisque des individus nés dans des pays insalubres deviennent nostalgiques dans les contrées les plus saines, mais parce que ces individus se placent d'eux-mêmes, et à la manière des hypochondriaques, dans des conditions morales telles, que l'influence d'un climat, pour peu qu'elle soit défavorable, devient immanquable sur eux.

C'est l'idée de Baglivi : *Hypochondriaci et melancholici frequentiùs reliquis in morbo incidunt eò quia affectus animi moderari rectè aut coercere nesciunt.* (Baglivi, *de Medendis animi morbis*).

L'hystérie, dans le cas d'expatriation, ne se trouve amenée par aucune cause morale de ce genre, et sous ce rapport elle diffère encore de l'hypochondrie. L'influence seule et toute physique du climat, s'il est chaud, peut y prédisposer ; ce qui n'a pas lieu pour l'hypochondrie, qui demande le concours d'autres causes, comme nous l'avons dit plus haut.

§ V. Les *saisons*, ainsi qu'Hippocrate l'avait remarqué, sont en quelque sorte des climats transitoires ; nos réflexions sur les climats peuvent donc en partie s'appliquer aux saisons : *Morbi quidem omnis generis in quibusvis anni temporibus oriuntur, nonnulli tamen in quibusdam temporibus et magis fiunt et exacerbuntur.* (*Aph.*, sect. III, aph. 19). La double remarque du divin vieillard a été confirmée par tous les médecins observateurs, et elle n'est pas étrangère aux deux maladies qui nous occupent ; mais comme on doit moins regarder les saisons comme causes prédisposantes que comme causes efficientes, nous en parlerons à l'article de ces dernières.

§ VI. On ne doit pas trouver étrange que nous ayons à parler des diverses *formes du gouvernement*, puisque, de nos deux maladies, l'une surtout doit nous faire prendre en grande considération les causes productrices et modificatrices de nos idées. Un genre tout particulier d'idées, ou plutôt une idée exclusive, constitue primitivement l'hypochondrie ; nous avons donc à en rechercher les causes productrices. L'état moral n'est pas entièrement étranger à la manifestation des symptômes nerveux de l'hystérie : nous devons donc encore mentionner ce qui pourrait y prédisposer dans ce sens.

Pour l'hypochondrie, nous verrons que là où les esprits sont éminemment excités par l'ambition, par le désir du pouvoir, des honneurs et des richesses, les hypochondriaques sont nombreux ; à une vie agitée succède souvent un repos trop absolu, soit que, n'ayant plus rien à désirer, ils tombent dans un ennui profond, soit qu'une disgrâce imprévue les condamne à l'inaction ; ils tournent alors sur eux-mêmes toutes leurs inquiétudes morales : c'est le cas des gouvernements républicains. Dans les aristocraties les affections hypochondriaques ne sont pas moins fréquentes. Une classe d'hommes tout entière, après avoir pu abuser de tout, par privilége de naissance ou de fortune, arrive à ce point où l'action de vivre devient pénible et douloureuse. Dans les monarchies on en voit moins ; sous le despotisme il n'y a que des troupeaux d'esclaves, il n'y a point d'intelligences, il n'y a point d'hypochondriaques.

Il y a cela de singulier dans l'histoire des institutions humaines, qu'elles sont presque impuissantes pour créer de grands génies dans les nations, et toutes puissantes pour les étouffer. Ce ne sont pas les institutions, dit un philosophe anglais, qui ont déposé le germe des lumières intellectuelles ; elles n'ont pas même contribué à les amélio-

rer beaucoup ou à les répandre ; souvent elles leur ont fait plus de mal que de bien (Smith). Mais revenons.

L'hystérie reçoit une influence moins prononcée et moins directe de la part de telle ou telle forme de gouvernement ; cependant il est de fait que les grands législateurs ont continuellement cherché à corriger, par leurs institutions, les vices du climat sur le physique de l'homme.

Les accidents nerveux se prononcent d'autant plus dans notre Europe qu'on se rapproche du midi, parce que les constitutions nerveuses y prédominent. En Orient les mœurs sont d'autant plus pures qu'on éloigne rigoureusement tout ce qui peut impressionner et stimuler les femmes, c'est-à-dire, comme le remarque Montesquieu, à proportion que leur clôture y est plus exacte.

Il résulte de ce qui vient d'être dit, que si le gouvernement *politique* a une influence remarquable sur le développement des affections hypochondriaques, le gouvernement *domestique* n'a pas moins d'effet sur l'accroissement de l'hystérie ; et que, toutes choses égales d'ailleurs, plus ce dernier gouvernement sera relâché, plus les femmes hystériques seront nombreuses.

Avant de terminer ce qui a rapport aux climats et aux gouvernements, ajoutons un mot sur l'Angleterre ; il nous semble que, par le fait de son existence civile et politique, la grande fréquence des affections hypochondriaques qu'on y observe se trouve déjà suffisamment expliquée ; et quand on considère l'immense amour du gain qui y travaille les esprits, le mouvement industriel dont l'activité, comme on le dit, est devenue presque fébrile, la crainte et le pressentiment des bouleversements politiques, n'est-on pas tenté de compter pour rien les causes futiles rapportées par M. Louyer-Villermay, telles qu'une atmosphère charbonneuse, l'usage des poêles, l'excès du thé, etc. (*malad. nerv.*, pag. 234).

§ VII. Nous ne devons point passer sous silence la part diverse qu'on peut attribuer aux *croyances religieuses* dans la production de l'hypochondrie et de l'hystérie, ou du moins dans la prédisposition à contracter ces deux maladies. Toutes les sectes peuvent être ramenées à quatre principales, en les considérant sous le point de vue philosophique : le sensualisme, le spiritualisme, le matérialisme et le mysticisme. On croirait peut-être que, plus une religion est sombre, triste et sévère, plus elle doit porter aux affections hypochondriaques ; eh bien ! il n'en est pas ainsi : une religion de ce genre nous invite à l'abnégation de nous-mêmes ; elle répétera cette pensée de Platon, que *l'homme est une intelligence servie par des organes,* et elle nous donnera le précepte de mépriser ces organes ; ainsi vous pourrez voir certains mystiques exténués, voisins du marasme, mais jamais hypochondriaques. L'hypochondrie frappera de préférence les sensualistes, ces hommes qui, selon l'expression de J.-J. Rousseau, s'enfoncent dans la vie et qui redoutent tant de la quitter.

Le mysticisme, de son côté, favorisera l'apparition des accidents hystériques. Il y a dans l'hystérie, comme nous le verrons plus tard, des joies et des peines immodérées ; mais ces peines ne résultent pas de la crainte des maladies : elles sont sans cause, toutes *organiques*, si l'on peut s'exprimer ainsi. Telle femme hystérique verra tantôt avec étonnement ses yeux pleurer, et tantôt ne pourra se rendre raison d'un rire presque convulsif. (Sydenh., 481.)

Le mysticisme, par ses rêveries extatiques, ses intuitions, ses recherches scrupuleuses d'émotions, en apparence morales, mais le plus souvent physiques, est très-propre à provoquer l'invasion des phénomènes nerveux. Il y a plus, porté à un haut degré, le mysticisme n'est pas sans danger pour les mœurs, parce qu'il exalte, par une attention intuitive, la sensibilité des organes, et qu'une fois cette sensibilité mise en jeu, l'esprit maîtrisé ne tarde pas à s'égarer.

Ainsi, pour revenir à l'esprit général de notre question, n'oublions pas que, par la nature de nos deux maladies, ayant à considérer et les causes productrices de certaines idées, et les causes productrices de certaines irritations nerveuses, nous trouverons toujours les premières presqu'exclusives à l'hypochondrie, et les secondes à l'hystérie. Or, comme ces causes n'affectent jamais cette constance dans la production d'effets fortuits, comme elles sont ici en rapport, par leur nature, avec les affections qu'elles provoquent, il est évident que les différences qu'elles présentent entre elles doivent être prises en considération.

§ VIII. Puisqu'il s'agit ici de préceptes religieux et moraux, comme pouvant devenir causes de ces deux maladies, peut-être est-ce le lieu de parler de la *continence*. Certaines institutions religieuses attachent une idée de perfection à la continence, quelques médecins croient trouver la cause de l'hystérie et même de l'hypochondrie dans cette état. Arrêtons-nous sur cette question.

La continence, dit avec assez de légèreté M. Louyer-Villermay, est un état contre nature, et qu'on *ne doit* prolonger que le *moins possible* chez les personnes du sexe.

La méprise de M. Louyer-Villermay est impardonnable dans une matière aussi délicate ; Georget le lui a bien prouvé, et sa conséquence, suivant nous, loin d'être admise par les médecins d'un esprit droit et philosophique, sera rejetée comme fausse dans son principe et immorale dans son application.

Il suffit, en effet, de quelques réflexions pour se convaincre que la continence *primitive* n'est

pas nécessairement un état de violence ; ce n'est pas elle du moins qui suscite des besoins impérieux.

Les philosophes, et ceux surtout qu'on peut regarder comme les précepteurs du genre humain, ont bien senti cette vérité. Si vous demandez à Montesquieu pourquoi toutes les nations se sont également accordées à attacher du mépris à l'incontinence des femmes, il vous répondra : *C'est que la nature a parlé à toutes les nations.* (*Esprit des lois* , liv. XXI , chap. XII.)

S'il est vrai, en effet, qu'en certaines circonstances l'état continent paraisse un état de violence, et conséquemment dangereux , c'est qu'alors il y a plus que de la continence ; c'est qu'une imagination polluée stimule les organes, ou que la puissance physique du climat viole *la loi naturelle* des êtres intelligents, comme le remarque le même Montesquieu. Qu'y a-t-il à faire alors? Le législateur, d'une part, ainsi que le veut Montesquieu, doit faire des lois civiles qui forcent la nature du climat et rétablissent *les lois primitives ;* quant au médecin, instruit qu'il doit être des lois de l'organisme, il ne devra pas dire que l'hystérie est *nécessairement* à redouter, si ce que M. Louyer-Villermay nomme le *vœu* de la nature n'est pas rempli, si ce que M. Louyer-Villermay appelle le *besoin* de l'organisation n'est pas satisfait *le plus tôt possible;* il conseillera plutôt d'éloigner tout ce qui peut éveiller des sensations voluptueuses, comme les spectacles, certaines lectures, les conversations licencieuses, tout ce qui peut enfin stimuler les organes, et les organes resteront dans le silence.

L'expérience prouve d'ailleurs que la continence seule ne détermine pas l'hystérie. Les femmes hystériques dont parle Forestus étaient soumises à bien d'autres causes: *mulieres virosæ* , *in otio viventes* , *cum ventris irritamentis, vino nempè generoso, multisque delicatis ferculis* VENEREM EXCITANTIBUS , *fruentes.* Les trente et un cas relevés par Georget suffisent, comme il le dit, pour réfuter l'opinion de ceux qui prétendent que l'hystérie est presque toujours le résultat de la continence. Ce n'est pas la continence qui développe, entretient et surexcite la constitution prédisposante à l'hystérie, la constitution nerveuse ; c'est le concours d'autres causes et entre autres, dit Georget (*Dictionn.*, p. 533), l'excès contraire à la continence. Loin donc de partager le sentiment de M. Louyer-Villermay, et de recommander de faire cesser le *plus tôt possible* l'état prétendu *contre nature* , Georget ajoute que non-seulement le coït ne guérit pas l'hystérie, mais que souvent il l'aggrave, ainsi que Tissot et Pomme l'ont très-bien observé (535).

Dans un autre endroit, M. Villermay s'est en quelque sorte chargé lui-même de prouver combien est nulle la continence pour produire l'hystérie , puisqu'il avoue (p. 36) « qu'il ne suffit pas « toujours que le *but* de la nature soit *rempli* , « qu'il faut en outre quelquefois que le *vœu* du « cœur soit *exaucé* , et que c'est ainsi qu'on voit « des femmes mariées , jouissant des *droits* de « l'hymen, qui éprouvent des accès d'hystérie « PARCE QU'ELLES sont sous l'empire d'une incli- « nation qui n'est pas *satisfaite.* » De satisfaction en satisfaction , cet auteur arriverait peut-être à prouver une opinion contraire à la sienne, parce que rien n'est plus difficile à constater que les peines du cœur, et surtout chez les femmes ; c'est la remarque de plus d'un praticien ; l'observateur doit donc se tenir sur ses gardes. Sauvages, nous le savons, admet que la continence peut causer l'hystérie , puisqu'il part de là pour établir une sixième variété qu'il nomme *hysteria libidinosa;* mais, comme le remarque le savant commentateur de Cullen, Sauvages n'a fait en cela que suivre Raulin, qui s'est étayé d'une théorie subtile et fausse plutôt que de l'expérience.

On ne conçoit pas pourquoi M. Louyer-Villermay a encore vu dans la continence une cause de l'hypochondrie, ou , pour nous servir de ses expressions, comment l'hypochondrie devient un des accidents de l'état de continence chez l'homme (Op. cit., p. 11). Nous ne chercherons pas à réfuter cette assertion, qui n'est d'ailleurs appuyée sur aucun fait dans son ouvrage, et qui n'est émise qu'en passant.

On peut reprocher aux auteurs qui négligent, dans l'étiologie de l'hypochondrie, les causes modificatrices de nos idées, ce que le commentateur du Cullen, Bosquillon, reproche à ceux qui, dans le traitement de cette maladie, prodiguaient les laxatifs et les apéritifs, c'est-à-dire, de *n'avoir fait aucune attention à l'état particulier de l'âme* (Note au § 1232). De l'observation attentive des symptômes de l'hypochondrie et de l'hystérie, aurait dû résulter une idée-mère, savoir : que les causes de l'hypochondrie s'adressent plus particulièrement à l'esprit et indirectement aux organes ; tandis que les causes de l'hystérie s'adressent, dans le plus grand nombre des cas, directement aux organes. Mais nous étudierons comment arrive cette succession de phénomènes; il nous suffit pour le moment de nous rappeler qu'en fait d'hypochondrie il s'agit principalement de causes productives ou du moins modificatrices d'idées, et cela parce que, comme le dit ce même Bosquillon, l'hypochondrie est en quelque sorte sous la dépendance d'une lésion du *sensorium commune* (Note au § 1235).

§ IX. En parlant des climats, nous avons déjà fait pressentir quelle importance on doit attacher aux effets produits par les diverses phases *de la civilisation* sur l'homme ; nous savons déjà que l'hypochondrie est une maladie des sociétés civilisées. En peut-on dire autant de l'hystérie ? Il faut, selon nous, distinguer ce qu'on doit entendre par état de

civilisation. Si les lumières seules constituaient cet état, il n'y aurait pas de raison pour que l'hystérie en fût la conséquence. Qu'a de commun, en effet, l'hystérie avec la culture de l'esprit? Ce n'est plus un des vices attachés à son haut développement; mais si, par civilisation, on ne veut entendre que cet état des sociétés où de nouveaux besoins sont sans cesse exprimés par les sens, sans cesse satisfaits et sans cesse excités par une avide industrie, où les aises de la vie sont chaque jour perfectionnées, alors, en effet, on prédispose les constitutions à l'hystérie, parce qu'on tend à les vicier par des habitudes de mollesse et d'oisiveté, c'est-à-dire, à faire prédominer, dans l'économie animale, l'appareil de l'innervation, ou le *support* des *stimulus*, pour nous servir d'une expression favorite du professeur Récamier.

La conclusion de ce que nous venons de dire, c'est que la civilisation, prise dans un sens général, ne prédispose pas également à l'hypochondrie et à l'hystérie, et qu'on doit distinguer, dans les divers états de la civilisation, ce qui tend à modifier l'esprit et ce qui tend à développer un système particulier d'organes.

§ X. Tous les auteurs qui se sont occupés spécialement des affections hypochondriaques et hystériques ont parlé des *professions* comme causes prédisposantes, et avec raison. Certaines professions absorbent la vie entière des hommes; tantôt elles consument leurs forces physiques dans des travaux pénibles, tantôt elles énervent ou fortifient leur entendement : il faut donc en apprécier l'influence.

C'est en vain qu'on cherche, dans la dissertation de Sydenham, les causes réellement prédisposantes de ces deux affections, ou plutôt de l'affection hystérique, puisqu'il n'en fait qu'une seule maladie. Les mouvements violents du corps seraient, selon lui, une des causes externes ou antécédentes, comme on le voit pag. 482; d'où il résulterait que les professions qui exigent des mouvements semblables seraient fécondes en maladies de ce genre : ce qui n'est pas. Si ce grand praticien avait distingué avec plus d'attention les symptômes différentiels de l'hypochondrie et de l'hystérie, il aurait vu, et plus tard Cullen l'a noté avec soin, que l'hypochondrie, constituée primitivement par une direction particulière de l'esprit, reconnaît des causes et réclame un traitement tout autre que les affections spasmodiques. (Cullen, *Méd. prat.*, Paris, 1795, § 1230).

Le médecin d'Édimbourg est tellement convaincu de cette vérité, qu'il se contente d'établir avec précision le diagnostic de l'hypochondrie, assuré qu'il est qu'on en trouvera dès-lors aisément et les causes les plus fréquentes, et le traitement le plus convenable (§ 1231).

Dans l'étude des influences déterminées par les professions, M. Villermay suivrait volontiers, si l'ordre des matières le lui permettait, dit-il, une marche qu'il ne fait qu'indiquer, et que nous regardons comme la plus naturelle et la plus philosophique. Il étudierait successivement l'action spéciale des différents états de la société sur l'intelligence, et l'impression reçue (secondairement) par le système nerveux de la digestion. On voit qu'en ce sens, et incidentellement, cet auteur se rapprochait du véritable côté de la question; mais cette idée féconde émise par lui, qu'indépendamment des contentions d'esprit, il faut distinguer la nature des idées que chaque profession fait naître ou entretient, ne l'arrête qu'un instant, et nous verrons que, dans l'histoire des symptômes, il a totalement abandonné ce fil qui seul pouvait le conduire au but. Il est si difficile, au reste, d'échapper ici à l'évidence, que M. Broussais a été lui-même forcé d'avouer, malgré des idées préconçues sur cette maladie, que *sa prédisposition consiste quelquefois dans la manière d'être de l'encéphale*. Ajoutons toutefois en passant que la manière d'être de l'encéphale, comme l'entend M. Broussais, n'est nullement analogue à celle que nous décrirons; la sienne est toute organique : elle conduit à l'encéphalite et même à l'apoplexie.

Georget avait bien reconnu que les causes prédisposantes ne devaient point s'adresser à des organes qui ne sont que secondairement affectés dans cette maladie. Aussi place-t-il en première ligne les professions qui exigent une attention soutenue; cependant, à côté de l'exercice des facultés de l'esprit porté outre-mesure, il met l'oisiveté (Op. cit., p. 495), ce qui paraît contradictoire sans l'être effectivement. Georget n'a pas cherché à se rendre compte de cette difficulté; nous allons le faire pour lui. Tant que l'attention est vivement soutenue et concentrée sur les objets de la profession, elle prédispose aux affections hypochondriaques, parce qu'elle développe l'esprit de recherche, mais il est impossible qu'elle les détermine : chose remarquable et rare en pathologie, c'est une cause prédisposante qui, par son excès même, ne peut devenir déterminante; bien plus, elle peut devenir un des moyens de traitement; nous reviendrons plus tard sur cette circonstance singulière.

Que l'oisiveté succède brusquement à ces fortes contentions de l'esprit, il faut que cette exubérance d'activité mentale se porte sur d'autres objets; s'ils manquent, elle fait un retour sur ses propres organes, elle les scrute, et *le moindre changement de sensation qui se passe dans le corps*, dit Cullen (§ 1222), *suffit alors pour l'occuper sérieusement*, parce que des sujets ainsi façonnés ne peuvent s'occuper que sérieusement, et l'hypochondrie se développe. Cet accident résulte de la nature de l'esprit humain : « Aussi, dit Montaigne, voyons-« nous que l'âme se pique plutôt elle-même, se

« dressant un faux subject et fantastique, que de « n'agir contre quelque chose. » (*Essais*, liv. I, ch. IV.)

Les professions, on le conçoit maintenant, en façonnant ainsi les esprits, les ont prédisposés à cette maladie, et l'oisiveté ensuite a pu l'*occasionner*; d'où il s'ensuit que Georget devait mentionner ces deux causes, mais qu'il devait rejeter la seconde parmi les causes occasionnelles.

On ne doit pas admettre indistinctement au nombre des causes prédisposantes de l'hypochondrie toutes les professions qui exigent un travail quelconque d'esprit. Celles qui comportent plus d'ardeur que de régularité, plus de sollicitudes que de délassements, sont plus fécondes en maladies de ce genre, surtout lorsqu'elles entraînent ceux qui les cultivent dans une carrière orageuse.

Les médecins sont moins sujets qu'on ne le pense à cette maladie, et si au début de leurs études quelques-uns paraissent en offrir les premiers symptômes, l'habitude et la raison les guérissent bientôt.

Parmi les artistes on a cru trouver beaucoup d'hypochondriaques : si, par un examen attentif, on en écartait ceux qui sont affectés de simples névroses, si on séparait les femmes hystériques, le nombre en serait beaucoup moins considérable.

Une autre erreur a encore contribué à fortifier cette opinion : c'est que beaucoup d'auteurs ont confondu sous le même titre les mélancoliques, les hypochondriaques, les suicides, etc., etc.; dans un autre lieu nous donnerons les caractères différentiels de ces affections, et nous ferons voir que leurs connexions ne sont pas aussi intimes qu'on l'a cru jusqu'à présent.

Abstraction faite de l'autorité de Zimmermann, il n'y a aucune raison pour que les métiers de tisserand, de tailleur et de cordonnier soient des causes prédisposantes à l'hypochondrie. Il n'en est pas de même de la profession des armes, de la vie des gens de mer et des commerçants, lorsqu'un repos complet succède tout-à-coup à leurs agitations. Cette observation a frappé M. Villermay; mais il lui aurait été impossible d'expliquer pourquoi cette maladie empoisonne si souvent le reste de leur vie; d'après ce que nous avons dit, on sent déjà pourquoi.

Les hasards de la guerre, les dangers de la navigation et les chances d'un grand commerce, sont autant des stimulations dont l'esprit se fait un besoin, et ce besoin devient tellement impérieux que lorsque l'homme a atteint ce but après lequel il a tant soupiré, le repos, il tombe dans une funeste hypochondrie, parce qu'il est privé de ce qui faisait autrefois son tourment. M. Forget a tracé dans son travail un tableau animé et réel de cette situation : par quelle fatale inconséquence, se demande-t-il, le marin qui ne rêvait naguère que le séjour et les délices des villes, s'en dégoûte-t-il si promptement, et ne respire-t-il que le désir de courir de nouveaux hasards et d'essuyer de nouvelles misères? Son âme, habituée à de fortes émotions, ne trouve plus rien que de fade et de monotone dans une existence invariable et calculée à l'avance! Heureux si alors il ne se *replie* pas sur lui-même! Cette monomanie attaque surtout les individus doués de cette *activité* morale qui est le mobile des plus belles actions et des plus funestes erreurs.

L'hypochondrie peut aussi frapper les hommes de mer pendant leurs voyages; mais cela n'arrive que pendant ces longues traversées, ces croisières insipides dont nous avons parlé plus haut. Les officiers, dont l'esprit est plus cultivé, en sont presque exclusivement atteints : dans cette disposition d'esprit, comme le remarque l'auteur que je viens de citer, les liens de société et d'amitié sont rompus : malheur aux subordonnés dont le chef est frappé de cette funeste affection morale! Cet état d'inquiétude et d'irritabilité ne peut durer sans exalter le système sensitif au point de faire croire au malade qu'il est atteint d'une foule de maux, imaginaires le plus souvent, mais dont la perception ne lui en paraît pas moins réelle, et qui finissent même par se manifester effectivement.

Il est tel genre de vie, telle profession adoptée par les femmes qui les prédisposent aussi plus ou moins à l'hystérie; mais cette influence ne sera plus la même que pour l'hypochondrie.

Les professions sont moins variées pour les femmes que pour les hommes; de celles qui leur conviennent plus particulièrement, les unes les condamnent à une inaction physique presque complète, les autres impressionnent directement leur système nerveux : dans ces deux cas on peut entrevoir des prédispositions à l'hystérie. Si la réclusion avait toujours pour effet de prolonger pour les jeunes femmes le silence des passions, elle n'aurait aucun rapport de causalité avec l'espèce de névroses dont nous nous occupons; mais elle peut, réunie à d'autres circonstances, avoir un effet contraire, c'est-à-dire les entretenir et les exciter. Presque toutes les femmes citées comme hystériques par Pomme (*Traité des aff. vap.*) étaient des religieuses ursulines, carmélites et hospitalières. Pomme a recueilli ses observations dans le midi de la France, dans la Provence, vers la fin du dix-huitième siècle, lorsque la morale des maisons religieuses était extrêmement relâchée : c'est une jeune et robuste religieuse ursuline qui se livrait avec passion à l'usage du café et du thé, et qu'on cherchait à guérir de son hystérie à l'aide de puissants cordiaux; c'est une demoiselle de Saint-Jurs, prétendante chez les dames carmélites, âgée de dix-huit ans, placée dans des conditions semblables, etc., etc.; il est facile de concevoir que la vie monastique, dégagée des règles rigoureuses et sous un ciel ardent, a pu

être considérée comme cause prédisposante de l'hystérie.

Les professions qui n'ont d'autre but que les plaisirs des sens ont une influence bien plus évidente. La culture immodérée des beaux-arts, les impressions enivrantes et souvent répétées de la musique ont plus d'une fois contribué au développement des accidents hystériques.

L'irritation des organes génitaux, de quelque manière qu'elle ait lieu, a été mise avec raison, par tous les bons observateurs, au nombre des causes de l'hystérie. Il ne faut pas croire ce que dit très-naïvement M. Louyer-Villermay, savoir, que *l'orage serait bientôt passé si le besoin de la nature était satisfait* (p. 41); car il est faux que ce soit l'empire des organes reproducteurs qui provoque *directement* et *primitivement* le désordre hystérique, comme le dit cet auteur (loc. cit.); ce sont eux qui ont été préalablement excités et provoqués, et de là le désordre. Il faut donc chercher une grande partie des causes prédisposantes et occasionnelles de l'hystérie parmi tout ce qui peut provoquer le système nerveux et spécialement l'innervation génitale : conséquemment aussi on cherchera les moyens de traitement, non dans l'infâme pratique indiquée par Sauvages, mais dans la soustraction des causes de stimulation.

§ XI. Les faits d'observation prouvent que l'hypochondrie paraît beaucoup moins fréquemment *héréditaire* que les aliénations mentales proprement dites, tandis que les femmes hystériques ont presque toujours eu parmi leurs proches parents des hystériques ou des épileptiques, des sourds, des aveugles, etc. (Georget). On pourrait peut-être trouver des raisons assez plausibles pour expliquer cette circonstance.

Les vices et les avantages de l'organisation physique sont fréquemment transmis par filiation et d'une manière plus évidente que les dispositions morales, de telle sorte, du moins, que les dissemblances physiques sont plus facilement appréciables entre les hommes que les dissemblances morales ; il en résulte qu'on n'a jamais pu dire pour les formes physiques ce qu'on a dit pour l'esprit, c'est-à-dire que tous les hommes naissent semblables, et que l'éducation seule amène entre eux des différences. Il n'est pas de notre sujet d'examiner à fond cette question, mais elle prouve une chose : c'est que l'éducation n'a qu'une influence peu marquée, mais patente, sur l'organisation physique de l'homme, tandis qu'elle a une influence plus étendue mais mal appréciée sur son esprit. C'est pour cela que les vices de l'organisation matérielle sont regardés comme plus susceptibles d'être transmis héréditairement que les inclinations morales. La médecine peut souvent à peine modifier les premiers, tandis que le législateur peut prévenir les mauvais effets des secondes par une bonne éducation publique. Je sais bien qu'on pourrait me répondre que les inclinations morales sont les résultats *nécessaires* de la disposition physique, et que l'éducation ne saurait les corriger ; mais comme rien n'est encore moins prouvé que ce système, d'où découlent des arguments si commodes pour justifier toutes sortes de délits, nous persistons à penser que les dispositions morales, sans être primitivement les mêmes pour tous les hommes, peuvent être largement influencées par de fortes institutions.

La conclusion qu'on doit tirer de ces réflexions est facile à prévoir : les effets de l'hérédité étant plus marqués pour l'hystérie que pour l'hypochondrie, c'est une probabilité de plus, non-seulement en faveur de ceux qui nient l'identité de ces deux affections, mais encore en faveur de la doctrine qui rattache l'hypochondrie à un état anormal de l'intelligence, et l'hystérie à l'exagération nerveuse d'un appareil déterminé d'organes.

§ XII. Dire que l'hypochondrie frappe de préférence les hommes qui ont atteint l'*âge* du plus haut développement intellectuel, et que l'hystérie ne sévit sur les femmes que pendant la période de leur vie que nous appelons utérine, c'est-à-dire, de la puberté à l'âge critique, c'est exprimer un fait qui ressort de nos considérations précédentes. C'est en effet à la maturité intellectuelle que l'hypochondrie semble réservée, à cette époque surtout où, détrompé et revenu de tout ce qui l'attachait au dehors, l'homme fait un triste retour sur lui-même ; rarement les jeunes gens en éprouvent les symptômes : on en cite quelques exemples, mais alors le caractère moral n'était plus celui de la jeunesse, il était exceptionnel. « Jusqu'à l'âge « de dix-huit ans, écrivait un malade à Pomme, « j'étais triste, studieux ; je n'avais aucun goût « pour les plaisirs de mon âge. » Malheur à l'enfant qui ne sait pas répandre l'activité de son âme sur tout ce qui l'environne ! La jeunesse est nécessairement expansive ; elle doit vivre au-dehors, agir sur une nature qui, trop tôt peut-être, réagira sur elle. Cette existence laborieuse nourrit et entretient les facultés mentales de l'homme, et lorsque l'âge enfin le condamne à l'inaction, se tournant en arrière, il vit de souvenirs, et si la mort l'entraîne, dit Montaigne, elle l'entraîne *à reculons*.

Pour que l'hystérie développe l'appareil complexe de ses symptômes, il faut que la vitalité des organes qui en sont le siége soit viciée : or, cette vitalité, spéciale dans la femme, est sur-ajoutée, pour ainsi dire, à son organisme ; ses phénomènes commencent plus tard et finissent plus tôt que ceux de la vie générale. Ainsi Démocrite (ou l'auteur des lettres qu'on lui attribue) n'avait point tort, comme le pense Sydenham, d'écrire à son disciple Hippocrate que l'affection hystérique devait être rapportée au système utérin. Aussi, lorsque ce système

est devenu nul dans l'économie de la femme, elle n'est plus apte à devenir hystérique, et se rapprochant de la nature de l'homme, elle participe davantage à ses maladies, elle peut devenir hypochondriaque.

Dans le dernier cas, on remarque que celles qui sont restées filles y sont plus exposées; et cela se conçoit assez : dans l'isolement du célibat, elles concentrent naturellement sur elles seules toutes leurs pensées et toutes leurs affections.

Il faut une longue série d'observations pour faire des applications générales : c'est donc raisonner peu logiquement, que de tirer des conclusions définitives de quelques observations particulières rapportées par un auteur, dans un but quelquefois tout différent; mais pour nous, après avoir parcouru des observations nombreuses, après nous être rendu compte de l'influence de l'âge sur les maladies, nous croyons pouvoir conclure que l'hypochondrie, sous ce rapport, diffère encore de l'hystérie.

Nous ne voulons point passer à l'examen d'une autre cause avant d'avoir justifié Cullen d'un reproche que lui adresse M. Louyer-Villermay.

C'est bien à tort, dit ce médecin. (*Rech. sur l'hyp.*, p. 49), que Cullen considère l'hypochondrie comme une maladie réservée à la vieillesse. Cullen ne nous semble pas avoir dit cela; il pense que l'état moral propre à développer cette maladie, est, si l'on veut, amené par l'âge, puisqu'il consiste dans un esprit sérieux et grave; mais il ajoute que cet état arrive *plus tôt ou plus tard*, selon les tempéraments; et de là cette belle et philosophique observation « que le tempérament sanguin re- » tient plus long-temps le caractère de la jeu- » nesse, tandis que le tempérament mélancolique » amène de *meilleure heure* les manières de la » vieillesse. » (*Médec. pratiq.*, § 1229).

§ XIII. Est-ce seulement la différence des *sexes* qui apporterait dans l'action des causes et dans les expressions symptomatiques d'une même maladie, des modifications telles, qu'aux yeux de quelques personnes, elles constitueraient chez l'homme l'hypochondrie, et chez la femme l'hystérie ? Cette question est du plus haut intérêt : sur ce point roulent la plupart des difficultés que les auteurs ont imposées au problème que nous avons à résoudre, *Si forsan admittetur quædam differentia*, disent quelques-uns, *ea solùmmodo sexum respicit, adeò ut passio hypochondriaca ad nobiliorem, hysterica ad molliorem restringatur.* Les opinions émises par les auteurs portent donc spécialement sur cette question; donnons toute notre attention à leur examen comparatif.

Avancer que « les mêmes causes qui font naître » l'hypochondrie chez les hommes, déterminent » souvent l'hystérie chez la femme, » c'est, selon nous, une des plus grandes concessions qu'on puisse faire aux partisans de l'identité de ces deux maladies, et cette concession, qui d'ailleurs n'est pas admissible, a été faite par M. Louyer-Villermay (*Rech. sur l'hypoc.*, p. 50). Il résulte de cet aveu que la première partie au moins de la question que nous venons de poser est résolue affirmativement par cet auteur, et cela contre ses intentions. Dire, en effet, « que les femmes sont moins exposées à » l'hypochondrie que les hommes, parce que les » *mêmes* causes qui font naître l'hypochondrie chez » ceux-ci déterminent l'hystérie chez elles, » n'est-ce pas faire supposer que la constitution seule des femmes modifie l'action des causes et par suite les symptômes d'une *même* maladie.

Ce n'est pas tout : peu conséquent avec lui-même, cet auteur, dans un autre lieu, s'efforçant de parvenir à la connaissance de ces deux maladies, cherche à suivre les différences qu'elles présentent *dans* leurs causes, et il en trouve, dit-il, dans les prédisposantes et bien davantage dans les déterminantes (*Malad. nerv.*, p. 477).

Les hommes sont plus fréquemment hypochondriaques que les femmes : les auteurs sont à peu près d'accord sur ce point; c'est un fait d'observation qui n'a pas besoin de preuves.

Les femmes sont exclusivement hystériques; c'est le sentiment du plus grand nombre; nous le pensons aussi, mais il faut le prouver. Nous nous réservons d'aborder ailleurs cette question, soit par le raisonnement, soit par l'analyse des prétendus symptômes hystériques accusés chez les hommes.

Cherchons ici pourquoi l'hypochondrie frappe de préférence les hommes; nous trouverons peut-être ensuite pourquoi l'hystérie attaque exclusivement les femmes.

Selon nous, les raisons se présentent d'elles-mêmes. Nous allons les indiquer, et en même temps nous ferons voir combien sont peu fondés les raisonnements soutenus par quelques auteurs, pour prouver la même chose que nous.

Nous pouvons dire, d'abord, que c'est par une raison précisément contraire à celle donnée par M. Louyer-Villermay, que les hommes sont plus fréquemment hypochondriaques que les femmes.

« Étrangère, dit-il, à ces émotions tumultueu- » ses qui bouleversent l'imagination des hommes, » la femme est, *par conséquent*, moins exposée à » l'hypochondrie. »

Où donc a-t-il vu que les femmes soient étrangères aux émotions tumultueuses ? que leur imagination n'en soit pas bouleversée ? Sans chercher à approfondir ici la question *des passions*, si mal analysée jusqu'à présent, hasardons quelques mots sur leurs effets.

Les hommes et les femmes peuvent éprouver les mêmes passions, mais il est évident que ces passions prennent des caractères différents en raison

des sexes : chez l'homme, les passions sont graves, calculées et presque toujours soutenues par l'intérêt; chez la femme, les passions sont douces et violentes, paisibles et tumultueuses, amères et enivrantes.

Roussel dit que ce sexe ne peut éprouver de passions *fortes*, et cela parce que ces passions ne sont pas analogues à sa constitution ! Misérable raison qui tend à établir le degré de la sensibilité intellectuelle et morale d'après le degré de la vigueur du corps ! D'accord avec l'expérience, le raisonnement prouve, au contraire, que c'est à ces constitutions, faibles en apparence, que sont réservées les passions violentes, parce que cette violence ne consiste que dans la manière de sentir : elle n'est pas en dehors du *moi*, elle est donc d'autant plus forte qu'il y a plus de sensibilité.

Si on cherche à comparer, dit Condorcet (*Frag. sur l'alt.*), l'énergie morale des femmes à celle des hommes, en ayant égard aux effets nécessaires de l'inégalité avec laquelle les deux sexes ont été traités par les lois, par les institutions, par les mœurs, par les préjugés, et qu'ensuite on arrête ses regards sur les nombreux exemples qu'elles ont donnés de mépris de la mort ou de la douleur, de constance dans les résolutions et dans les sentiments, d'intrépidité, de courage, d'esprit ou de grandeur, on verra que l'on est bien éloigné d'avoir la preuve de cette infériorité prétendue.

Roussel, au reste, est tombé dans une erreur commune de nos jours. Combien de physiologistes répètent que l'intelligence humaine se développe ou s'affaiblit *essentiellement* en nous, suivant que nos organes se développent ou s'altèrent? Eh bien? la nature, comme pour donner un démenti formel à ces physiologistes, ne produit presque toujours une exubérance des facultés de l'âme qu'au détriment du développement organique, et *vice versâ*. C'est quelquefois chez les êtres les plus faibles et les plus débiles en apparence, que le feu de la vie se montre avec le plus d'éclat; une sorte de fièvre intellectuelle semble les dévorer; et alors, où trouver cette identité d'action et de réaction entre les principes et les éléments matériels qui nous constituent?

On parle sans cesse de la faiblesse des femmes; mais le médecin observateur, qui va chaque jour dans les hôpitaux contempler la nature aux prises avec les grandes douleurs, sait avec quelle constance, avec quelle énergie les femmes supportent souvent les angoisses les plus terribles. Il y a plus; les grands opérateurs, habitués à observer, chez les femmes, les effets consécutifs de ces actes d'héroïsme, craignent ces excès d'exaltation et redoutent ces grandes contraintes morales qui violentent l'âme de concert avec les douleurs physiques. Il ne faut donc pas chercher dans le degré de force des passions, la cause de l'hypochondrie, car alors elle devrait être plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Il faut la chercher dans le *caractère* de ses passions. Analysez les passions des hommes, vous y trouverez toujours plus d'égoïsme que dans celles des femmes.

Jamais une femme n'aurait écrit le livre *des Maximes* ou celui *de l'Esprit*. Chez elles il y a plus de désintéressement, et lorsque leurs passions sont fortes et violentes, ce ne sont pas des passions d'égoïsme; bien plus, c'est précisément alors qu'on les voit faire abnégation d'elles-mêmes.

L'hypochondrie, dans son origine et considérée sous un certain point de vue, n'est elle-même qu'une passion, et la plus égoïste de toutes les passions, puisque les hypochondriaques ne s'occupent que d'eux-mêmes, et puisqu'ils veulent que tout le monde s'occupe d'eux, ce qui rend leur commerce insupportable : il est donc dans l'ordre des choses que l'hypochondrie se développe plus fréquemment chez les hommes, où elle est amenée par d'autres passions analogues.

L'hystérie ne peut avoir lieu que chez les femmes; c'est l'opinion la plus générale, ai-je dit, néanmoins c'est une question qu'il importe encore d'examiner : elle seule, résolue dans ce sens, suffirait pour faire rejeter toute idée d'identité entre cette affection et l'hypochondrie.

A l'article de la symptomatologie, nous examinerons les symptômes exclusifs à l'hystérie, et nous verrons s'il est vrai qu'on en ait trouvé seulement les apparences chez les hommes.

Il résulte néanmoins de ce que nous venons de dire, que, par la nature diverse des idées et des affections qu'on remarque chez les hommes et chez les femmes, le sexe, considéré comme prédisposition, établit de nouvelles différences entre l'hypochondrie et l'hystérie.

§ XIV. Sydenham a bien vu que l'action des causes occasionnelles ne suffirait pas pour produire ce qu'il nomme l'affection hystérique, s'il ne s'y joignait *une mauvaise disposition du corps* (p. 481, § 76). Cette mauvaise disposition du corps peut, en certains cas, n'être autre chose qu'un *tempérament* particulier trop fortement prononcé. Un tempérament de cette espèce est, comme on l'a remarqué depuis long-temps, un premier pas fait vers une classe déterminée de maladies. On peut même dire, en ce sens, qu'il est impossible d'indiquer une ligne de démarcation bien précise entre l'état de santé et l'état de maladie. Certains physiologistes soutiennent que dans un tempérament il y a disproportion organique, mais disproportion telle, que la santé persiste. Cette assertion est fondée en tant qu'elle exprime une convention presque générale aujourd'hui, mais toujours est-il vrai que, dans le tempérament ainsi défini, on peut trouver, sinon un commencement de l'état morbide, du moins une prédisposition matérielle.

Une erreur a long-temps régné parmi les anciens : ils pensaient qu'un caractère moral bien tranché devait constamment correspondre à un tempérament physique, et de là ces tableaux pittoresques de tempéraments, reproduits de nos jours par quelques physiologistes. Nous sommes loin de nier que la constitution organique ne soit la source de certains penchants, et que ces penchants ne puissent, en certains cas, donner une teinte particulière aux idées; mais ces penchants sont très-bornés, tandis que les pensées sont immenses. Les déterminations intellectuelles proprement dites, sont plus indépendantes des organes qu'on ne le pense généralement; je me propose de revenir sur ce beau point de doctrine. Il résulte de ce que nous venons de dire, qu'ici, comme pour l'hérédité, nous nous trouverons en opposition avec plusieurs auteurs, et avec Frédéric Hoffmann en particulier. Selon nous, on ne peut trouver dans un tempérament, quel qu'il soit, considéré seulement dans son acception physique, une prédisposition aussi marquée à l'hypochondrie qu'à l'hystérie : le raisonnement l'indique et l'expérience le prouve. Le raisonnement l'indique, puisqu'une lésion morale ne peut guère trouver ses prédispositions que dans l'influence des agents qui, par leur mode d'action, sont directement en rapport avec l'intelligence, tandis que l'hystérie, n'étant, en dernière analyse, qu'une des exagérations de la constitution nerveuse et sanguine, trouve dans ce tempérament sa plus forte prédisposition.

L'expérience le prouve, puisque, dans les nombreuses histoires d'hypochondrie, on voit des malades doués des tempéraments les plus différents, tandis que pour l'hystérie l'unité est frappante.

Avant de se décider pour l'adoption de tel ou tel tempérament comme cause prédisposante d'une maladie, on devrait chercher si réellement un tempérament particulier a bien cette prérogative. Si on néglige cet examen pour suivre la routine, on tombe dans une foule d'erreurs. Les variations de M. Louyer-Villermay, à l'égard de l'hypochondrie, en sont la preuve : en 1802, il choisit le tempérament nerveux (*Rech. sur l'hyp.*, p. 87); en 1816, le sanguin, puis le tempérament bilieux (*Malad. nerv.*, p. 230), et enfin le nerveux (p. 481). Pour le sexe, même instabilité. La femme est plus exposée, dit-il, aux affections hypochondriaques vers l'âge de retour, lorsqu'elle *perd* les attributs de son sexe (479), et l'homme aussi y est plus exposé, ajoute-t-il (481), en se *rapprochant*, par une vie sédentaire et par une éducation efféminée, de la constitution physique de la femme. Cet auteur a éprouvé, sous ce rapport, le sort de presque tous ceux qui n'ont pas suffisamment analysé les causes de l'hypochondrie, de Stahl, de Sydenham, et même de Fréd. Hoffmann; il a voulu faire cadrer son étiologie avec des idées pathologiques toutes faites.

La constitution physique qui conduit plus spécialement à l'hystérie a été indiquée assez exactement par presque tous les auteurs. Un des plus grands peintres de l'antiquité, Arétée, ne l'a point méconnue : *Juvenes mulierculæ, quæ sunt sensibilioris generis nervosi, texturæ tenerioris.*

La description de Fréd. Hoffmann est pleine de vérité : « *Quod attinet mulieres morbo hysterico* » *præ aliis subjectas et obnoxias, notari meretur,* » *non omnes cujuscumque ætatis, temperamenti, ac* » *vitæ instituti, id genus morbi pati, sed* PRECIPUÈ » *virgines sensibilioris et tenerioris naturæ, viro* » *maturas,* ITEM *viduas et fœminas conjugatas ne-* » *que minùs molliter in otio educatas, texturæ te-* » *nerioris atque graviùs illo devexari.* » (Opera medic., de malo hyster.)

Il y a plus : la prédisposition établie par le tempérament semble tellement péremptoire à Fréd. Hoffmann, que, sous cette influence, les femmes ne lui paraissent jamais exemptes de symptômes hystériques, même pendant la gestation : « *Neque* » *gravidæ, si sanguineo-cholericæ sint constitutio-* » *nis à sævissimis uteri spasmis sunt immunes.* »

« L'examen des tempéraments particuliers, dit » M. Louyer-Villermay, nous apprend que la pré- » dominance du système hépatique est *fréquem-* » *ment* celle qui dispose *davantage* à l'hypochon- » drie. » Cet examen ne nous apprend rien de semblable. Peu après, il ajoute qu'un teint bilieux, la sensibilité de l'hypochondre droit, l'abondance des évacuations ou une constipation opiniâtre, sont les *principes constituants* de l'hypochondrie (*Malad. nerv.*, p. 230). Raisonner de cette manière, n'est-ce pas avouer qu'on ne connaît nullement la nature de cette maladie? Qui voudrait aujourd'hui appeler *principe constituant* un teint bilieux, une constipation opiniâtre, etc., etc.?

Ce qui peut nous apprendre si un tempérament particulier prédispose plutôt qu'un autre à l'hypochondrie, ce n'est pas l'examen des tempéraments, c'est l'histoire de cette affection. Eh bien! si on consulte les auteurs à ce sujet, si on parcourt les histoires particulières de Fréd. Hoffmann, par exemple, on voit que l'influence du tempérament ne peut être comptée pour rien dans ses observations. Ainsi, le sujet de la première consultation est un homme de trente-deux ans, d'un tempérament sanguin et bilieux, et d'une constitution *délicate* (*Consult. de méd.*, p. 1); puis un militaire de trente-quatre ans, jouissant de toutes ses forces, d'un corps *robuste* et d'une bonne santé à l'intérieur (p. 15); plus loin, c'est un jurisconsulte d'une constitution autrefois maigre, maintenant plus grasse; puis un homme de quarante-trois ans, d'un esprit fort, vif, et d'un tempérament sanguin, etc., etc. (p. 40).

La conclusion de ces raisonnements et de ces faits,

c'est que le tempérament n'a qu'une influence équivoque sur le développement de l'hypochondrie, tandis que l'hystérie trouve sa plus forte prédisposition dans la constitution nerveuse; ce qui apporte encore une différence majeure entre ces deux maladies.

§ XV. « *Non omnes cujuscumque vitæ instituti,* » *id genus morbi pati, notari meretur.* » (Fréd. Hoffmann, *Oper. méd*). Ce que nous venons de dire pourrait, en partie, s'appliquer aux diverses espèces d'alimentation et aux divers genres de vie suivis par les malades; mais ceci demande examen, « car » notre charge n'est pas, comme dit Montaigne » (*Essai*, liv. I, chap. xxv), de redire ce qu'on » nous a dit, bien qu'on ne cesse de le criailler à » nos oreilles, comme qui verserait dans un enton» noir. »

Ne nous occupons que de l'influence des aliments proprement dits. Peut-on dire que tel genre d'alimentation prédispose plutôt à l'hypochondrie qu'à toute autre maladie? Nous ne le pensons pas : tantôt les hypochondriaques se gorgent d'aliments, tantôt ils se soumettent à un jeûne rigoureux : ces excès ont des effets pernicieux, mais ils ne causent pas, ils ne déterminent pas la maladie; ils l'aggravent seulement; nous y reviendrons en exposant les symptômes de cette maladie. Ainsi c'est à tort que les auteurs, se copiant les uns les autres, placent au nombre des causes de l'hypochondrie tantôt l'habitude d'une table recherchée, de repas copieux, de contentions d'esprit pendant le temps de la digestion, etc., etc., tantôt des jeûnes multipliés, des eaux de mauvaise qualité, etc. De toutes les maladies qui affligent l'espèce humaine, il n'en est pas une dont on ne pourrait tracer ainsi l'étiologie. Il nous semble que, une fois ces choses dites en pathologie générale, on ne devrait plus y revenir.

Que penser de M. Louyer-Villermay, qui avance sérieusement qu'une boisson très-froide ou prise à la glace, dans le moment d'une soif ardente et d'une forte transpiration, ne manque presque jamais d'occasionner de fâcheux résultats, au nombre desquels *on doit* placer l'hypochondrie?

Assurément il n'est pas une impression vive sur nos organes, quel que soit l'agent qui la produise, qu'on ne puisse placer à aussi juste titre au nombre des causes de l'hypochondrie : en conclurons-nous que tous les agents qui nous entourent sont autant de causes de l'hypochondrie? Non certainement; mais c'est où nous conduirait une telle manière de procéder en étiologie; et si nous voulions suivre à la lettre les auteurs sur ce point, un examen comparatif des aliments considérés comme causes de l'hypochondrie et de l'hystérie ne nous serait d'aucune utilité pour la solution de notre problème; en effet nous verrions les auteurs reproduire encore comme causes de l'hystérie une nourriture trop succulente et trop variée, une transpiration intervertie *dans son jeu naturel*, etc. (*Mal. nerv.*, p. 33). Bornons-nous donc à examiner philosophiquement, non ce qui a été émis sous ce rapport, mais bien ce qui existe réellement.

Quels que soient les aliments dont l'homme fasse usage, s'ils sont *sains*, en quantité *suffisante* et un peu *variés*, ils n'amènent pas de différences bien marquées dans l'économie. Que l'homme, en effet, se nourrisse préférablement de végétaux ou d'animaux tués dans ses boucheries, suivant les impulsions données par les divers climats, il n'en acquiert pas moins le même développement physique, et, *à fortiori*, le même développement moral. On commence à s'entendre sur ce point, qui a si souvent servi de texte à de vaines déclamations. Cabanis trouve que les peuples qui mangent de la chair sont incomparablement plus actifs et plus forts que les peuples qui n'en mangent pas; il les trouve aussi plus audacieux et plus obstinés (*Infl. du régime sur les hab. mor.*); mais l'histoire n'est pas d'accord avec lui sur ce point : c'est chez les peuples montagnards qu'on trouve ces qualités au plus haut point. Parcourez l'histoire des dernières guerres, et vous verrez d'une part les peuples germains, grands mangeurs de chair, presque toujours vaincus et soumis, et, d'autre part, les Espagnols et les Russes résister et combattre avec obstination pour leur indépendance. Or, tout le monde connaît la sobriété des premiers, et ceux qui ont voyagé dans le nord savent que les armées russes ne se nourrissent que de végétaux. Parlerai-je des Suisses, qui ne vivent guère que de lait et de fromage, et qui n'en sont pas moins robustes, industrieux et obstinés? Quoi qu'il en soit, l'alimentation varie avec les climats; là où les téguments externes, c'est-à-dire la peau, est dans un travail, dans une surexcitation continuelle, les habitants mangent peu, ils sont sobres naturellement; là, au contraire, où les téguments internes, c'est-à-dire les muqueuses des premières voies, jouissent d'une grande activité, les hommes sont grands mangeurs et portés à l'ivrognerie; mais toujours est-il impossible d'admettre qu'une alimentation particulière, et encore moins qu'un aliment spécial, puisse amener une prédisposition à l'hypochondrie. Des excès dans ce genre de vie prédisposent certainement à contracter des maladies, mais pas plus l'hypochondrie que toute autre, parce que l'hypochondrie, avec tous ses symptômes gastriques, n'a pas son point de départ dans les premières voies. Lorsqu'à la suite de l'ingestion d'un certain aliment l'hypochondrie se déclare, il est absurde d'en attribuer la cause à cet aliment; c'est faire usage du raisonnement si décrié : *Post hoc ergo propter hoc*.

Pour ce qui est de l'hystérie, on est tombé dans des erreurs d'un autre genre : les uns ont dit qu'une abstinence trop longue était l'une de ses causes les plus évidentes (Sydenham, § 78). « Soit que cette

« abstinence trop longue, dit Sydenham, ait vidé « entièrement l'estomac, ou des évacuations exces- « sives que la personne n'était pas en état de sou- « tenir, soit qu'on l'ait trop saignée, etc. »

Le traducteur de Sydenham partage son avis : il voit autant de causes de l'hystérie dans tout ce qui tend à *affaiblir* le genre nerveux et à *appauvrir* les sucs, comme les longs jeûnes, les longues veilles, les évacuations immodérées, etc. (Note au paragraphe ci-dessus.)

Les autres, avec Forestus, l'attribuent à l'usage exclusif d'aliments copieux et très-excitants : *In otio viventes, cum ventri irritamentis, vino nempè generoso fruentes.* Loin de trouver le point de départ dans des pertes immodérées, ils veulent des femmes pléthoriques. « L'hystérie affecte, dit Cullen, » les femmes extraordinairement sanguines et plé- » thoriques, celles qui sont d'une constitution » mâle et fort robuste. » La véritable hystérie, ajoute Bosquillon, n'a communément lieu que chez les femmes sanguines et robustes.

M. Louyer-Villermay, après avoir énuméré tous les aliments réputés aphrodisiaques, et après avoir reconnu en eux des causes de l'hystérie, parle des vins recherchés et des nourritures succulentes ; mais il ajoute, probablement pour concilier les auteurs : « Et *peut-être* une abstinence trop absolue » ou trop long-temps prolongée. »

Une simple énumération de causes ne peut jamais conduire à quelque chose de positif ; on doit parfois les donner comme faits d'observation, lorsqu'il y a authenticité dans leurs résultats ; mais on doit aussi raisonner sur l'action de ces causes, s'il y a lieu. Il en est de l'étiologie comme de la thérapeutique empirique, qu'on ne doit pas rejeter, mais qui ne doit pas cependant nous empêcher de raisonner.

Le système nerveux, dit M. le professeur Récamier, doit être considéré comme le *support* des stimulus. Eh bien! un stimulus, quelque faible qu'il soit, peut devenir cause occasionnelle d'irritations nerveuses si l'organe auquel il s'adresse est déjà surexcité ; de même un stimulus trop énergique, dont l'action sera nécessairement immodérée, peut amener les mêmes résultats, ces organes étant à l'état normal, parce que, dans les deux cas, il n'y a plus, dit-il (avec quelque subtilité), capacité réciproque entre le stimulus et les organes. Si nous voulions nous amuser à appliquer cette théorie aux divers effets de l'alimentation sur l'organisme, nous verrions que tout ce qui peut mettre dans un état de surexcitation la constitution nerveuse pourra devenir cause d'hystérie en détruisant cette capacité réciproque.

Il y a un côté véritable dans les causes diverses rapportées par les auteurs ; mais ce côté n'a pas été mis dans son jour; on n'a pas considéré l'action de ces causes sous leur point de vue réel.

Chez les femmes robustes et pléthoriques des auteurs, une alimentation succulente, des boissons alcooliques, l'usage du café, etc., doivent devenir autant de causes prédisposantes de l'hystérie, lorsqu'en même temps il n'y a aucune dépense physique chez ces femmes (*In otio viventes*, Forestus, Pomme, etc.). Qu'elles soient continentes ou non, l'effet est le même, sinon plus marqué dans les dernières (*Puellas et fœminas conjugatas*, Hoffmann). L'alimentation, dans ce cas, fait l'office de certains climats chauds ; elle viole la loi naturelle des êtres intelligents.

Mais pourquoi de longs jeûnes, des veilles prolongées et des évacuations immodérées amènent-ils des effets analogues ? Peut-on dire alors, comme le voulait Sydenham, que le système nerveux soit affaibli ? Dirait-on qu'abaissé au-dessous de son type naturel, il n'est plus normalement impressionnable, et qu'ainsi, sous la moindre action des stimulants, des sub-irritations nerveuses se déclarent, analogues aux sub-irritations du système vasculaire ? Rien ne prouve que les choses se passent de cette manière, et les irritations nerveuses sont encore trop peu connues pour qu'on établisse dans l'espèce de semblables théories. En supposant d'ailleurs la réalité des sub-irritations, comment admettrait-on qu'elles produiraient des effets parfaitement identiques aux irritations nerveuses actives ?

Selon nous, il est une explication qui réunit beaucoup plus de probabilités. Nous avons vu que dans le premier cas, c'est-à-dire, lorsque l'hystérie attaque des femmes robustes, sanguines, soumises à un régime succulent et vivant dans l'oisiveté, le régime n'a pu être *réparateur*, puisqu'il n'y avait pas de perte à réparer : il a donc eu pour effet de surexciter le système nerveux et de le prédisposer au développement des symptômes hystériques : maintenant des effets analogues apparaissent chez des femmes pâles, étiolées, privées de nourriture, exténuées par des pertes excessives ; voici pourquoi : ces femmes, comme les premières, notez ceci, vivent dans l'oisiveté ; leur système nerveux n'est plus surexcité, il est vrai, par un sang trop riche et trop abondant, mais il l'est par des excitants internes, par les veilles surtout, et cela d'autant plus qu'il prédomine seul dans l'économie animale, par l'affaissement des autres systèmes dont les pertes ne sont pas réparées suffisamment. On l'a dit, et nous le répétons : en dernière analyse, l'homme est tout dans le système nerveux; là sont les foyers de la vie; tous les autres systèmes n'existent que pour lui ; ils l'entretiennent, ils le perpétuent. Quant à l'agent premier des sensations et des mouvements, il existe, mais il est inconnu dans sa nature ; on ne sait comment il éprouve des pertes ni comment il les répare; mais il est certain que tandis qu'autour de lui tout tombe en ruines,

souvent le système nerveux reste plein de vie. Voyez certains malades atteints de phthisies tuberculeuses, de lésions organiques du cœur, d'affections cancéreuses, etc. Chez eux, le système nerveux semble assister à la destruction des autres organes, et même dans toutes les maladies son action est plutôt pervertie qu'affaiblie. Il y a plus, les pertes, qu'on regarde comme nerveuses et qui affaiblissent si rapidement les malades, portent moins sur lui que sur les autres appareils, de sorte que le système nerveux acquiert presque toujours alors plus d'irritabilité : voilà pourquoi les jeûnes, les veilles et les évacuations excessives, affaiblissent d'une part les autres systèmes de l'économie, et d'autre part prédisposent au développement des irritations nerveuses.

Pour nous résumer, nous dirons que jusqu'à présent l'observation et le raisonnement ne prouvent pas que les divers genres d'alimentation aient une influence bien marquée sur le développement de l'hypochondrie, tandis que la constitution nerveuse, déjà étroitement liée aux accidents hystériques, s'y trouve bien plus fortement prédisposée par des écarts de régime, en plus comme en moins, chez les femmes qui vivent dans l'oisiveté.

Un mot d'explication sur la nécessité de cette dernière condition. Si, au lieu de vivre dans l'oisiveté, les femmes robustes étaient soumises à un travail physique soutenu, l'alimentation succulente dont nous avons parlé tout à l'heure ne serait plus que *réparatrice*, et conséquemment elle n'aurait plus d'effets nuisibles; si maintenant, avec des jeûnes rigoureux, des veilles prolongées et des pertes immodérées, on supposait un travail soutenu, au lieu d'accidents hystériques on aurait un affaiblissement progressif, et bientôt une terminaison funeste.

§ XVI. Il n'est peut-être pas un auteur qui n'ait mentionné *les passions* parmi les causes de l'hypochondrie et de l'hystérie ; bien que nous en ayons parlé relativement au sexe, il ne sera pas inutile d'y revenir ici.

Les causes antécédentes de l'affection hystérique, dit Sydenham, consistent le plus souvent dans des agitations de l'âme, produites *subitement* par la colère, le chagrin, la crainte, ou par quelque autre passion semblable (§ 78). Il suffisait même pour cet auteur que l'invasion d'une maladie eût lieu lorsque l'esprit était troublé par quelque passion, pour qu'il fût *pleinement* assuré des caractères hystériques de cette maladie (78).

Pressavin reconnaît l'influence des passions de l'âme sur la vitalité des fonctions.

Les accès d'hystéricisme, dit Cullen, sont facilement excités par les passions de l'âme, *surtout* par celles qui sont l'effet de la surprise ; toutefois ce même auteur paraît porté à regarder *l'absence* des passions comme une circonstance favorable au développement de l'hypochondrie. Il n'y a rien de plus pernicieux, dit-il, que l'oisiveté absolue ou le défaut d'une occupation *vive* quelconque. Si nous voyons aujourd'hui, ajoute-t-il, un si grand nombre d'hypochondriaques, on doit l'attribuer à ce profond dégoût moral qui permet de mener une vie indolente, etc.

Suivant Georget, on peut considérer comme causes prédisposantes de l'hypochondrie, l'habitude des impressions vives et variées, l'âge où les passions agitent le plus le cœur humain, etc. Remarquons cependant qu'il a noté en même temps l'oisiveté et le désœuvrement dans lequel des individus passent leur vie entière, après avoir fait leur fortune dans des spéculations actives.

Pour ce qui est de l'hystérie, Georget rejette les affections morales vives, parmi les causes occasionnelles, et il se contente de faire, sous ce rapport, un relevé des observations de M. Louyer-Villermay. Voyons ce dernier : il nous a déjà dit que la femme ne connaît point les passions orageuses, telles que la haine, l'ambition, etc. Nous avons vu la solidité de cette assertion : il en résulte, selon lui, qu'elle est moins exposée à l'hypochondrie (p. 50, *Rech. sur l'hyp.*) : donc l'hypochondrie est amenée par les passions orageuses. Nous examinerons la valeur de cette opinion dans un instant.

M. Louyer-Villermay énumère d'abord, comme causes de l'hypochondrie, les *antipathies* considérées suivant nos différents sens, et, à cette *occasion*, il cite Germanicus, qui ne pouvait souffrir ni la vue ni le chant du coq, etc. (*Malad. nerv.*, p. 275). Cet auteur distingue ensuite les impressions, les émotions de l'âme en modérées *ou naturelles*, et en violentes ou déréglées. Aux unes il donne le nom d'affections de l'âme, et aux autres celui de *passions*. Il divise encore les affections morales en gaies et agréables, et en tristes ou pénibles; les premières, selon lui, sont excitantes, les secondes, au contraire, débilitantes. A la première section, poursuit-il, se rattache la joie *modérée*, le plaisir, l'espérance, le désir et la gaieté ; dans la seconde, on trouve le chagrin et ses *nuances*, c'est-à-dire la tristesse, la crainte, l'ennui, la honte, le dégoût, la satiété des jouissances morales et physiques.

La joie, assure-t-il, quand elle est brusque et inattendue, peut amener l'hypochondrie ; quant au plaisir et à l'espérance, ils ne peuvent, fort heureusement, porter, suivant notre auteur, qu'un préjudice peu *notable* à l'économie ; mais pour les affections de l'âme, tristes et pénibles, le chagrin, l'attente, l'ennui, le dégoût, etc., etc., il faut de toute nécessité les placer *au premier* rang des causes de l'hypochondrie.

Passant enfin à l'influence des passions proprement dites, M. Louyer-Villermay nous les distingue en *naturelles* et en *factices*. Les premières résultent des besoins impérieux de l'organisation, conserva-

tion, reproduction, comme l'amour, la jalousie, l'avarice, *la frayeur*, etc.; les passions factices sont les conséquences de nos rapports sociaux; telles sont l'ambition, l'amour de la gloire, le point d'honneur, etc.

Je ne chercherai pas à faire sentir tout le vide de ces explications et le peu de fondement des divisions arbitraires établies par M. Louyer-Villermay. Je dirai seulement, et il l'a avoué lui-même plus loin, que toutes ses divisions sont inexactes, et qu'elles ne pourraient soutenir le moindre examen. Pour ce qui est surtout des effets des affections de l'âme, il les a non-seulement exagérés, mais mal observés. Il résulterait ensuite de ses raisonnements que puisque *toutes* les affections morales tristes, et même les affections gaies, telles que la joie, l'espérance et le plaisir, peuvent amener l'hypochondrie, il en résulterait, dis-je, qu'être de l'espèce humaine, ce serait être prédisposé à l'hypochondrie. Laissons donc ces considérations, qui ne sont après tout que du remplissage dans son livre, et voyons comme il conçoit l'influence des passions.

Il pose d'abord, en thèse générale et absolue (p. 309), que, quelle que soit la passion qui agisse sur notre économie, elle exerce *toujours* sur nos organes abdominaux une influence *irrécusable*, d'où l'on peut pressentir, dit-il, quel rôle les passions jouent dans le développement des affections hypochondriaques, *puisque* celles-ci résident dans la sensibilité exaltée des viscères que contient la cavité épigastrique.

M. Louyer-Villermay, avant d'aller plus loin, c'est-à-dire avant d'énumérer les passions, aurait dû prouver deux choses qui, si elles sont inexactes, font crouler tout l'échafaudage qu'il a élevé avec tant de peine. Il aurait dû prouver d'abord, qu'une passion, *quelle qu'elle soit*, a pour effet immanquable d'influencer les organes abdominaux, ensuite que les affections hypochondriaques *résident* dans la sensibilité exaltée des viscères que contient la cavité épigastrique.

Si M. Louyer-Villermay a cru suivre les idées de Bichat, relativement à l'influence des passions sur l'organisme, il s'est trompé; car Bichat révoque précisément en doute l'existence de ce foyer épigastrique, si célèbre, comme il le dit, dans nos ouvrages modernes. Personne n'ignore les rapports qu'il a établis entre les passions et les organes de la vie organique, et tout ce que Georget a avancé dans un sens contraire; mais, en adoptant même comme réelles les idées de Bichat, il n'en résulterait pas moins que M. Louyer-Villermay aurait encore eu tort de prétendre que les passions ont pour effet immanquable d'influencer les organes abdominaux. Bichat dit positivement « qu'il est aisé de » voir que ce sont tantôt les organes digestifs, » tantôt le système circulatoire, quelquefois les » viscères appartenant aux sécrétions qui éprou» vent un changement, un trouble dans nos affec» tions morales... Il n'y a point pour les passions, » dit plus loin ce grand physiologiste, de centre » fixe et constant comme il en existe un pour les » sensations. » (*Rech. sur la vie et la mort*, 1re part., sect. IV.)

Quant à nous, nous ferons voir que dans une des périodes de l'hypochondrie, la sensibilité des organes digestifs comme celle des organes de la circulation, de la respiration, etc., éprouve des perturbations, mais que c'est *un* des effets de cette maladie; et qu'en cela ne réside nullement son caractère essentiel.

L'amour violent est une passion qui peut amener l'hypochondrie, dit M. Louyer-Villermay, parce que le chagrin que nous fait éprouver un amour contrarié, trouble les organes digestifs (309). C'est par un procédé différent, mais *analogue*, poursuit-il imperturbablement, qu'une joie immodérée devient cause directe ou indirecte d'hypochondrie (310). Tels sont les effets des chagrins, des peines de l'âme; il en est ainsi *du point d'honneur*, de la jalousie, de la colère, de la frayeur, de l'ambition, etc. Il est inutile d'aller plus loin dans cette fastidieuse récapitulation : on peut traduire de la manière suivante toutes les considérations de cet auteur sur les passions:

L'hypochondrie n'est que la sensibilité exaltée des viscères situés dans la région épigastrique; or, toutes les passions ont une sorte de retentissement dans cette région : donc toutes les passions peuvent amener l'hypochondrie.

C'est encore dans les passions, ou plutôt dans *une* passion, mais une passion *contrariée*, que notre auteur trouve les causes de l'hystérie; de sorte que, sous ce rapport, il n'y aurait, selon lui, de différence entre l'hypochondrie et l'hystérie, qu'en ce que l'amour contrarié amènerait la première maladie en troublant l'épigastre, et la seconde en s'opposant à la satisfaction d'un besoin impérieux.

On voit que la différence ne porterait que dans le mode d'action, qui ne varie ainsi qu'en raison des sexes : *differentia solummodo sexum respicit.*

Depuis M. Louyer-Villermay, beaucoup d'auteurs, tout en regardant les premières voies comme siége de l'affection hypochondriaque, n'ont plus attaché une importance aussi grande aux émotions morales; on a regardé ces émotions moins comme causes que comme effets de l'hypochondrie.

On a dit que des irritations viscérales prolongées, la gastro-entérite particulièrement, après avoir stimulé le cerveau pendant des années, le rendent impressionnable au point de centupler la vivacité des impressions et des réactions; et que, sous l'influence de ces excitations, le cerveau contractait ce degré d'irritabilité qui constitue l'état *névropathique* ou hypochondriaque. (*Malad. nerv.*

des Auteurs, p. 141). Ces mêmes auteurs ont regardé comme causes de l'hystérie toutes les affections morales vives qui réagissent sur le système utérin chez les femmes nerveuses, qu'elles soient d'ailleurs faibles ou débiles, ou qu'elles présentent tous les attributs d'une brillante santé. (*Malad. nerv. des Auteurs*, p. 319.)

« Le spasme hystérique, dit M. Nauche, a souvent son principe hors de l'utérus; il est fré» quemment une suite de celui du cerveau ou de » ses dépendances. On ne peut douter, par exem» ple, que les passions n'exercent plus spéciale» ment leur influence sur cet organe. Cette in» fluence est transmise par l'intermède des nerfs à » l'utérus; c'est ce qu'annoncent les règles immo» dérées ou les hémorrhagies utérines subites, la » suppression des règles, l'altération du sang de » cette excrétion, l'augmentation des écoulements » blancs, leur suppression à la suite de ces impres» sions cérébrales, ou des dérangements dans les » fonctions des organes encéphaliques. »

Hamilton, cité par cet auteur, ne voyait de principe aux symptômes que dans une lésion de l'estomac ou des intestins.

De tout ce que nous venons de dire, ou plutôt de ce que la plupart des auteurs ont avancé, il résulte que l'hypochondrie survient à la suite d'une foule de passions, de toutes même, sans exception, ce qui signifierait peut-être qu'elles n'ont réellement aucune action sur le développement de cette maladie; mais on peut encore ici interpréter les faits d'une manière philosophique; les passions doivent être considérées d'abord sous un point de vue plus large et plus méthodique. Examinons celles qui naissent de nos rapports sociaux, ce sont les plus nombreuses : étrangères aux appétits grossiers de l'organisation, elles élèvent l'esprit, développent ses facultés, et sont les éléments actifs, vitaux, si l'on peut s'exprimer ainsi, de la civilisation. Considérées ainsi d'une manière générale, il est facile de voir qu'elles prédisposent l'homme aux lésions de l'intelligence; or, c'est en ce sens qu'il faut ici concevoir l'influence des passions; cette influence est analogue à celle des climats, des institutions politiques, des sciences, de l'industrie, etc.; elle est large, je le répète, et ne constitue qu'une prédisposition éloignée.

Les auteurs ont donc eu raison de ne point passer sous silence les passions dans l'étiologie de l'hypochondrie, mais quelques-uns ont eu tort de descendre dans le détail des émotions, ce qui les a conduits à tenir compte d'une foule de résultats puérils qui n'ont réellement point lieu.

Cullen, il faut l'avouer, avait beaucoup mieux compris la question, et il l'a en quelque sorte résolue sans avoir voulu l'aborder. Il ne peut pas traiter des causes de l'hypochondrie, dit-il, parce qu'il n'a pas assez d'observations pour bien les déterminer, et parce que les autres médecins n'ont pas, dans leurs observations, isolé l'hypochondrie d'autres maladies qui lui ressemblent (§ 1233).

Cependant les détails dans lesquels il est entré à l'occasion du traitement prouvent que les véritables causes morales ne lui étaient pas inconnues.

Il semble désirer qu'on inspire au malade un goût ou même *une passion vive* qui puisse attacher fortement son esprit. Ce serait donc plutôt l'absence des passions, que les passions elles-mêmes qui permettraient, pour ainsi dire, l'invasion de l'hypochondrie. En traçant l'histoire de la maladie, nous suivrons ce passage remarquable de l'état de santé à la première période.

Il est remarquable que le nombre des passions en rapport avec le développement de l'hystérie est infiniment plus borné que celui des passions citées par les auteurs, relativement à l'hypochondrie. Ils ont eu à parler, sans le savoir, pour cette dernière maladie, de tout ce qui a trait en quelque sorte au développement de l'esprit humain; pour l'hystérie, ils n'ont dû s'occuper que des passions qui portent directement leur influence sur le système nerveux ou plutôt sur une partie de ce système. Ainsi, tout ce qui tend à surexciter l'innervation doit être seulement considéré comme propre à prédisposer à cette maladie, ou même si l'émotion est vive et instantanée à la déterminer. Or, certaines passions rentrent dans cette classe, et plus elles provoquent d'irritations nerveuses plus elles deviennent elles-mêmes violentes.

Sous le rapport des passions, considérées comme causes de l'hypochondrie et de l'hystérie, nous voyons donc encore des différences remarquables.

Les personnes, jadis passionnées, pourront, lorsque les passions qui les attachaient au-dehors d'elles-mêmes sont éteintes, devenir hypochondriaques. Les passions n'ont été pour elles que des causes véritablement éloignées; aussi les personnes qui n'ont pas de passions, c'est-à-dire les égoïstes, peuvent aussi et plus souvent encore tomber dans l'hypochondrie, par l'effet des causes déterminantes que nous indiquerons plus tard; vérité entrevue par Réveillon, et qu'on a vainement essayé de contester.

L'hystérie, au contraire, est fréquemment préparée et encore plus fréquemment déterminée par les passions en général, et surtout par les passions dont l'action est vive et brusque.

§ XVII. Beaucoup d'auteurs ont mentionné les excès de la *masturbation* parmi les causes de l'hypochondrie et de l'hystérie, mais toujours sans analyser philosophiquement les faits et sans chercher à se rendre compte du mode d'action de cette cause. On trouve dans la dissertation de Tissot, des observations qui paraissent confirmer cette opinion, que la masturbation suffit pour causer nos deux maladies; mais, selon nous, cette opinion ne peut être

admise d'une manière absolue? elle demande un examen critique.

Voyons d'abord l'hypochondrie. C'est, entre autres, un malade lui-même qui s'est chargé d'écrire son histoire. « La faiblesse de mon corps, dit-il, » rend tous mes mouvements difficiles; celle de » mes jambes est souvent telle que j'ai beaucoup » de peine à me tenir debout, et que je n'*ose* pas » me hasarder à sortir de ma chambre. Les diges- » tions se font si mal que la nourriture se repré- » sente aussi en *nature*, trois ou quatre heures » après l'avoir prise, que si je ne venais que de la » mettre dans mon estomac, etc. Voilà un tableau » raccourci des misères qui sont encore augmentées » par la *triste certitude* que j'ai acquise que le jour » qui suit sera encore plus fâcheux que le précé- » dent; en un mot, je ne crois pas que jamais créa- » ture humaine ait été affligée de *tant de maux* » que je le suis. »

Qui ne reconnaîtrait tout d'abord ici un hypochondriaque, bien que Tissot ne l'ait pas donné pour tel? Il *n'ose* sortir, il *examine* ses déjections, il les trouve en tout semblables aux aliments qu'il a pris quelques heures auparavant. Enfin, jamais créature n'a été affligée de tant de *maux*.

Pour quiconque a observé quelques hypochondriaques, ce sont bien là des symptômes caractéristiques de cette maladie; reste à en trouver la cause : c'est ce que nous examinerons dans un instant.

Un autre malade donne la description suivante: » Je suis dans un accablement extrême; j'ai les » nerfs extrêmement *faibles*; mes mains sont » sans *force* et dans une sueur continuelle; j'ai » de violents maux d'estomac; mon appétit est *dé-* » *vorant*, etc. »

Un troisième se plaignait de tournoiements de tête, qui lui faisaient *craindre* l'apoplexie: « Je suis » toujours assoupi, dit-il; j'ai souvent des déman- » geaisons; je suis pâle; j'ai le teint jaune, la bou- » che mauvaise, etc. »

Un quatrième se sent *dépérir*, quoiqu'il conserve de l'appétit, du sommeil et bon visage.

Il est inutile de pousser plus loin ces citations. A l'exception des enfants frappés du mal vertébral de Pott, qui reconnaît évidemment pour cause, dans beaucoup de cas, les excès de la masturbation, presque tous les malades de Tissot sont des hypochondriaques qui, après avoir cherché la cause de leurs maux dans toutes les circonstances de leur vie, croient l'avoir trouvée dans la pratique de la masturbation.

Loin de nous l'idée de chercher à dissimuler la longue série des maux et des infirmités causés par cette infâme habitude; mais nous ne pensons pas d'abord que les malades cités par Tissot aient eu réellement les maux qu'ils accusaient; et, en supposant qu'ils ne les aient qu'exagérés, nous ne pensons pas que la masturbation puisse être regardée comme la cause de ces maux.

La masturbation n'était pour eux qu'un souvenir; l'âge, dit le premier, aidé de la raison, a corrigé ce penchant. Pour les autres, il en était à peu près de même.

Tissot n'a donc pas vu qu'il avait affaire à des hypochondriaques, et que c'était au traitement moral qu'il fallait d'abord avoir recours pour leur ôter cette funeste idée que la masturbation les avait *ruinés* pour toujours. Nous dirons plus, le livre de Tissot, qu'on met quelquefois sottement à dessein entre les mains des jeunes gens, est un livre éminemment dangereux pour les hommes prédisposés à l'hypochondrie; il suffit peut-être que ce livre tombe entre les mains d'un de ces malheureux, qu'il se rappelle en même temps que dans sa jeunesse il s'était livré à ces honteux plaisirs, pour qu'il trouve dès ce moment son *tempérament ruiné* (31), pour qu'il tombe dans *un accablement extraordinaire*, pour qu'il se sente *dépérir* avec de l'*appétit*, du *sommeil*, et *bon visage*; en un mot, pour qu'il devienne un parfait hypochondriaque.

Il résulte de ce que nous venons de dire que la masturbation sera, si l'on veut, une cause morale d'hypochondrie, en ce sens qu'un malade pourra toujours s'appuyer sur cette circonstance pour se confirmer dans ses idées : mais que cette cause soit aussi puissante et aussi fréquente qu'on le dit, nous ne le croyons pas. Toutefois, nous avouerons que cette habitude long-temps continuée pourrait peut-être disposer de fort loin aux affections hypochondriaques, par les pratiques solitaires qu'elle entraîne, les réflexions de perte de semence, de tempérament ruiné, etc., qu'elle éveille, et enfin parce qu'elle fait que ces individus *s'occupent* continuellement de leurs propres organes, d'abord par l'attrait de la curiosité et du plaisir, et plus tard par repentir et par crainte. Tel est ici le mode de causalité. Voyons l'hystérie.

Dans son chapitre des suites de la masturbation, Tissot place en première ligne les accès d'hystérie ou de vapeur. D'autres l'avaient dit avant lui; depuis, cette remarque a été confirmée et avec raison. Cette cause, en effet, est une des plus évidentes; elle s'adresse directement aux organes: les raisonnements et les preuves sont ici inutiles; ajoutons seulement que l'hystérie qu'elle amène a paru, aux yeux des auteurs, avoir un caractère particulier : c'est une hystérie spéciale en quelque sorte, désignée par les nosologistes sous le nom de *hysteria libidinosa*. Nous y reviendrons dans un autre lieu.

§ XVIII. Si nous considérons actuellement les *idiosyncrasies*, nous trouverons que rien n'est plus important à connaître que leurs influences diverses; une idiosyncrasie est parfois une cause tellement prédisposante, qu'elle modifie totalement l'action

des causes morbifiques pour amener de préférence le développement de cette maladie.

Il existe, dit le professeur Récamier (*Lancette française*, t. II, nº 30), une *manière d'être* générale de tout l'organisme, qui varie à l'infini chez les individus, parce que, chez le même individu, tous les organes ne sont pas également *excitables;* ainsi s'explique, suivant ce professeur, ces influences si différentes et quelquefois si singulières d'une même constitution atmosphérique, d'un même agent nuisible bien déterminé sur plusieurs individus.

Ces idiosyncrasies pourraient, à l'égard de l'hypochondrie et de l'hystérie, recevoir le nom de *susceptibilités;* l'une serait hypochondriaque et l'autre hystérique, c'est-à-dire, l'une morale et l'autre nerveuse.

Pour que les causes occasionnelles puissent réellement agir et déterminer immédiatement les symptômes précurseurs de l'hypochondrie, ou les premières attaques de l'hystérie, il faut, en effet, que la susceptibilité ou l'aptitude existe déjà. Tantôt cet état sera originaire, et tantôt amené par l'influence des causes prédisposantes que nous avons examinées. Il ne s'agit donc plus ici, en quelque sorte, de causes prédisposantes, mais du résultat de ces causes, car ce résultat constitue la *susceptibilité*. Cet état est tout-à-fait individuel, et son étude n'est, pour ainsi dire, que le complément de tout ce qui précède.

C'est cette idiosyncrasie innée ou acquise qui a induit en erreur tant d'auteurs sur la réalité des causes attribuées à l'hypochondrie et à l'hystérie; c'est cette idiosyncrasie qui a fait que tel malade est devenu hypochondriaque après s'être livré à de violents mouvements, et qui a fait que Syndenham a regardé comme cause *externe* de cette affection les violents mouvements; c'est aussi cette idiosyncrasie qui a fait que tel autre est devenu hypochondriaque après s'être mis en colère, et qui a fait que M. Louyer-Villermay a regardé un accès de colère comme une cause d'hypochondrie, etc., etc. Nous allons revenir sur ce sujet, en abordant l'examen des causes occasionnelles : mais tout nous porte à présumer que l'idiosyncrasie ne saurait être la même pour l'hypochondrie et pour l'hystérie. Si les diverses idiosyncrasies pouvaient être constatées à l'aide de caractères bien tranchés, rien ne serait probablement plus distinct, et les résultats l'indiquent suffisamment.

Sans doute les idiosyncrasies ne sont pas aussi variées que les individualités morbides; mais tout porte à admettre que, de chaque idiosyncrasie émane, sous l'action des causes déterminantes, un ordre bien distinct de maladies. Or, comme, dans un cadre nosologique bien fait, l'hypochondrie ne pourrait être classée dans l'ordre des irritations nerveuses, il en résulte que les idiosyncrasies propres à favoriser le développement de ces deux maladies doivent différer essentiellement.

C. *Causes déterminantes de l'hypochondrie et de l'hystérie.*

§ XIX. Susceptibilité morale, susceptibilité nerveuse, ou prédisposition hypochondriaque, prédisposition hystérique, voilà ce que l'influence des causes examinées plus haut a amené et établi dans l'économie animale. Maintenant, de deux choses l'une : ou les causes prédisposantes continuent d'agir, et par leur seule continuité elles déterminent la maladie, ou ces causes prédisposantes se bornent à entretenir la prédisposition, et, dans ce dernier cas, l'organisme n'attend que l'action d'une cause occasionnelle pour développer tout l'appareil des symptômes morbides.

Quelles seront donc les causes déterminantes propres à amener le développement de ces deux maladies? Les auteurs sont tombés à cet égard dans deux excès opposés, mais également défavorables au perfectionnement du diagnostic de l'hypochondrie et de l'hystérie.

Les uns ont énuméré *toutes* les causes capables d'apporter quelque trouble dans l'exercice des fonctions animales, et les ont données gratuitement comme causes déterminantes de ces maladies; les autres ont choisi un petit nombre de causes, et leur ont attribué exclusivement la propriété déterminante, rejetant toutes les autres comme *nulles* sous ce rapport. De ces deux manières de procéder sont résultées des erreurs; en effet, dans le premier cas, nous voyons les auteurs répéter pour l'hypochondrie et pour l'hystérie la série si connue des causes occasionnelles, sans raisonner sur ces causes, et sans examiner si, dans leur mode d'action, il y a quelque rapport avec les symptômes déterminés.

Nous les voyons répéter invariablement, causes occasionnelles de l'hypochondrie : répercussion d'un exanthème, rétrocession d'une dartre, suppression d'une hémorrhagie habituelle, omission d'une saignée ordinaire, refroidissement subit, excès de table, ingestion d'une boisson glacée, etc., etc., et de même pour l'hystérie.

Or, nous le demandons, quelle conclusion peut-on tirer de cette manière de raisonner, soit en faveur de l'identité de ces deux maladies, soit en faveur de leurs différences?

Si maintenant nous passons aux auteurs qui ont admis un petit nombre de causes plus particulières, nous verrons qu'un système hypothétique leur a dicté le plus souvent les causes qu'ils ont choisies. Ainsi, pour ne pas aller bien loin, l'école du Val-de-Grâce, agissant d'après une idée préconçue, c'est-à-dire d'après l'idée que les symptômes de l'hypochondrie et de l'hystérie, ne doivent être

considérés que comme signes d'une irritation gastro-intestinale (1), a choisi nécessairement, et pour être conséquente avec elle-même, les seules causes qui peuvent exciter cette irritation gastro-intestinale.

Georget, au contraire, rapportait tout à l'encéphale; il voyait dans ses diverses manières d'être une foule de maladies, et de ce nombre l'hypochondrie et l'hystérie : il a donc dû, de son côté, se borner aux causes qui influencent directement l'encéphale, et pour lui ces causes ont été celles de l'hypochondrie et de l'hystérie.

Il est évident que la question que nous avons à traiter ne saurait être résolue par aucun de ces moyens.

Notre manière de raisonner sera bien simple; nous voulons faire voir que, même dans la nature des causes déterminantes, on peut encore trouver des notions positives sur l'hypochondrie et sur l'hystérie, et en même temps des motifs contraires à l'identité prétendue de ces deux maladies.

Nous y parviendrons en analysant les causes dont les effets peuvent être ordinairement appréciés.

On doit diviser, selon nous, les causes déterminantes en deux classes bien distinctes. Première classe : causes qu'on pourrait nommer déterminantes générales; ce sont celles qui, trouvant une prédisposition établie, déterminent presque toutes les maladies connues; sous ce titre on rangerait les variations atmosphériques, les répercussions d'exanthèmes, etc., etc.; ces causes, enfin, dont le mode d'action n'est pas plus en rapport avec le développement de telle maladie que de telle autre, mais qui, trouvant déjà en quelque sorte tous les éléments d'une maladie, ne font que la déterminer *fortuitement.*

Deuxième classe : causes déterminantes spéciales; ce sont celles qui amènent plus particulièrement tel ordre de maladies que tel autre, ou même telle individualité morbide que telle autre : c'est dans cette classe que nous trouverons des différences pour nos deux maladies. Nous ne pourrions en trouver dans la première, parce que des causes communes à une foule de maladies ne préjugent absolument rien : les idiosyncrasies seules diffèrent; tandis que dans la seconde classe les causes conservent dans leur action un caractère de spécialité, de telle sorte que s'il existe déjà dans l'économie une idiosyncrasie analogue, le développement de la maladie devient immanquable.

(1) « L'hypochondrie est l'effet d'une gastro-entérite » chronique qui agit avec énergie sur un cerveau prédisposé » à l'irritation. » (*Exam. des doct., prop.* 144.)

« L'hystérie paraît être rattachée à la même cause que » l'hypochondrie. » (*Exam. des doct., prop.* 372, p. 236.)

Par tout ce qui précède on peut prévoir que dans la revue philosophique que nous allons faire des causes déterminantes de l'hypochondrie et de l'hystérie, nous distinguerons avant tout la nature et le mode d'action de la cause. Cette nature est-elle générale, elle ne préjuge rien ni sur l'identité ni sur les différences de ces deux maladies, et nous ne nous étonnerons pas que les auteurs aient regardé des causes de cette espèce comme pouvant produire ces deux affections; que si cette nature au contraire est spéciale, nous verrons qu'elles ne seront pas les mêmes pour l'hypochondrie et pour l'hystérie, et nous verrons aussi que les bons observateurs ne les ont pas considérées comme pouvant occasionner indifféremment l'une ou l'autre de ces deux maladies.

§ XX. Quelquefois on a pris l'effet pour la cause, et cela est arrivé lorsqu'on a noté les *chagrins profonds* comme causes nécessairement occasionnelles de l'hypochondrie. Dès qu'un homme est frappé d'hypochondrie, il est nécessairement en proie à une peine amère, et cela presque au début; tout occupé de ses maux, il n'y a plus de plaisirs pour lui, et, comme au bout d'un temps plus ou moins long, des maux réels ou du moins matériels peuvent succéder aux maux imaginaires, on se croit autorisé à regarder ses premiers chagrins comme ayant déterminé sa maladie. Il faut le dire cependant, nous ne prétendons pas que les chagrins n'aient aucune influence sur l'apparition des phénomènes morbides. Il est certain que le chagrin, même amené par des circonstances toutes extérieures, a pour effet de concentrer l'homme en lui-même, surtout lorsqu'il n'a personne qui partage ses peines, de lui faire rapporter toutes ses idées à ses sensations, et de le prédisposer ainsi aux atteintes de l'hypochondrie. Dans le cours de la maladie, les chagrins ont une influence encore plus décisive; ils amènent presque toujours la troisième période; nous y reviendrons. Mais toujours est-il qu'un chagrin vif et profond ne peut être regardé comme une cause réellement déterminante de l'hypochondrie : c'est plutôt une cause accessoire, assez éloignée, et qui ne fait qu'aider en certains cas l'action des autres. Car nous ne pensons pas qu'une sensation pénible éprouvée dans la région épigastrique, puisse déterminer cette affection. Quant à *l'état habituel de tristesse*, l'effet est différent, et on a bien fait de le mettre au nombre des causes de l'hypochondrie; mais cette cause est plutôt prédisposante qu'occasionnelle. L'état habituel de tristesse n'agit en ce sens qu'en séquestrant en quelque sorte un individu du reste du monde, en le mettant continuellement vis-à-vis de lui-même : cette cause appartenait donc plutôt à la section précédente qu'à celle-ci.

Maintenant si l'on prétendait qu'à la suite d'une émotion triste, mais vive et brusque, l'hypochon-

drie s'est tout-à-coup déclarée, nous nous verrions obligés de regarder cette émotion comme une cause générale, sans rapport aucun avec les accidents déterminés, et ayant simplement coïncidé avec d'autres circonstances.

L'hystérie peut-elle être déterminée par des chagrins vifs et profonds, et par un état habituel de tristesse? Nous savons que les affections morales vives, *les peines du cœur*, *l'amour contrarié*, occupent le premier rang dans les causes déterminantes des auteurs; mais cette dernière question n'est encore rien moins que jugée. Georget a remarqué que, sur les neuf cas cités par M. Louyer-Villermay, la maladie aurait été produite trois fois par la frayeur, deux fois par un *amour contrarié*, une fois par des affections vives de l'âme, une fois par un mouvement violent de jalousie, une fois par refroidissement, et une fois par le jeu de l'escarpolette. Il n'y a de réel parmi ces causes que celles qui ont agi vivement et profondément sur l'organisme, les autres sont insignifiantes. Les effets de la frayeur ne peuvent être révoqués en doute; souvent ils ont déterminé sur-le-champ des accidents hystériques avec ou sans suppression de règles. Quant à l'amour contrarié, c'est une circonstance complexe : il aurait fallu indiquer de quelle manière cet amour avait été contrarié, si c'était par de mauvais traitements, etc.; c'eût été le moyen de faire connaître la véritable cause occasionnelle, et d'indiquer un mode de traitement tout autre que celui de satisfaire cet amour. Le refroidissement n'était qu'une cause déterminante générale, et qui n'aurait eu aucun effet sans une prédisposition bien établie; il en est de même pour le jeu de l'escarpolette. Ces causes n'apprennent rien sur la nature d'une maladie, parce qu'elles sont données sans esprit de critique et d'analyse. Chez les vingt-deux malades dont parle Georget, treize fois la frayeur détermina l'hystérie, dont dix avec suppression de règles et *au moment même;* sept fois des chagrins violents eurent le même effet.

Il est évident, d'après ce que nous venons de dire, que les émotions morales vives, profondes et instantanées, celles qui s'adressent à tout le système sensitif, qui impressionnent l'homme dans tous ses organes, que l'âme n'a pas eu le temps de percevoir, qui ont enfin plus de rapport avec l'innervation qu'avec l'intelligence, sont des causes déterminantes de l'hystérie, tandis que leur influence n'est pas marquée sur le développement immédiat de l'hypochondrie.

Ce n'est donc pas tout-à-fait à tort que Réveillon s'est cru fondé à nier l'influence des passions sur l'hypochondrie; considérant les passions dans le sens qu'on y attache généralement, il a vu que loin de déterminer cette maladie, elles peuvent, en certains cas, contribuer puissamment à la guérir, en produisant de fortes et durables distractions, en arrachant le malade à ses fatales idées.

§ XXI. Les *veilles opiniâtres*, les *excès d'études*, et les *contrariétés* sans cesse renaissantes, ont fixé l'attention des médecins, dans l'étiologie des maladies qui nous occupent; dans les deux premiers cas, on ne peut guère trouver que des circonstances prédisposantes assez générales et agissant de diverses manières. Les veilles opiniâtres surexcitent le système sensitif, et sont assez propres à favoriser l'hystérie; les excès d'études ont des effets analogues, et de plus ils prédisposent aux dérangements intellectuels, en faussant quelquefois l'esprit par une application qui va au-delà des forces naturelles.

Pour ce qui est des contrariétés sans cesse renaissantes, il faut distinguer: ces contrariétés sont-elles très-violentes? bouleversent-elles l'esprit des jeunes filles? elles peuvent déterminer une foule de maladies nerveuses et surtout l'hystérie; sont-elles simplement tracassières, comme on le dit, souvent répétées, en opposition avec les pensées les plus naturelles, avec la manière de vivre ordinaire; entretiennent-elles enfin dans un état habituel de tristesse? elles sont plus propres à amener des lésions organiques, et entre autres la phthisie tuberculeuse, comme l'a remarqué Laennec (*Traité de l'auscultation médiate*, t. 1, p. 646). Nous retrouverons l'occasion de rappeler les observations importantes de ce médecin célèbre sur l'effet des passions tristes.

§ XXII. *La suppression des règles* est une de ces causes que nous avons nommées générales, causes répétées sans discernement par presque tous les auteurs, mais que Georget toutefois a donné comme venant des auteurs et non comme de lui-même.

Que la suppression des règles ait été suivie chez quelques femmes de symptômes d'hypochondrie, nous ne voulons pas le nier; mais jusqu'à ce qu'on ait établi des rapports rationnels entre la cessation anormale de cette évacuation et les symptômes de l'hypochondrie, nous devons nous borner à citer les faits, puisque les auteurs n'ont pu rien dire sur leur mode d'action.

La suppression des règles ne joue pas un rôle aussi important qu'on l'a pensé jusqu'à présent dans l'apparition de l'hystérie; souvent, il est vrai, et très-souvent, à la suite d'une vive émotion, les règles se suppriment tout-à-coup et l'hystérie apparaît, mais cette suppression n'a été qu'un phénomène morbide précurseur de la maladie, et non une cause : d'autres fois elle a simplement coïncidé; et, chose remarquable, on est souvent parvenu à rétablir l'écoulement régulier des règles, que l'hystérie n'en a pas moins persisté, et que ses symptômes n'ont pas même éprouvé le plus léger amendement.

Le phénomène hémorrhagique connu sous le

nom de menstrues, est, comme on le sait, tout vital; il est sous la dépendance immédiate de l'innervation; ce n'est pas l'écoulement, ce n'est pas la quantité de sang perdue qu'il faut considérer dans cet acte physiologique, c'est le *molimen vitale*; fonction toute spéciale, que les hémorrhagies supplémentaires ne pourront jamais remplacer. Quand donc l'écoulement vient à se supprimer brusquement, il faut croire qu'il existe déjà un trouble de l'innervation utérine; c'est un prodrôme hystérique : voilà, selon nous, comme on doit concevoir la liaison qui existe entre la suppression des règles et l'hystérie.

La plupart des médecins du siècle dernier, au rapport de Chambon de Montaux (*Maladies des filles*, p. 199, tome II), étaient persuadés que le sang des menstrues, retenu dans la matrice et surtout dans l'épaisseur de ses parois, était une cause certaine de *suffocation* de matrice; Chambon lui-même adoptait cette explication : J'ai essayé, dit-il (200), de donner une idée *exacte* de l'effet des fluides qui, séjournant dans ce viscère, acquièrent une *acrimonie* capable d'irriter son tissu.

Freind attribuait tout le désordre à la pléthore qui, selon lui, suit toujours cette suppression (*Emmen.*, 166); mais ceci rentre dans la question de la cause prochaine que nous nous réservons de traiter dans un autre lieu.

Nous ne rapportons ces opinions, qui ont régné long-temps dans nos écoles, que parce qu'elles sont encore partagées aujourd'hui par quelques médecins. Ces médecins n'entrent pas, il est vrai, dans ces explications; ils disent que le trouble des fonctions de l'utérus entraîne directement les affections hystériques; et, partant de là, ils placent dans cet ordre de causes le retard du flux menstruel, sa suppression ou sa rétention, sa diminution, ses anomalies, sa cessation spontanée ou accidentelle, tardive ou prématurée, les menorrhagies sthéniques ou atoniques, les écoulements leucorrhoïques, etc., etc. C'est encore ici une énumération non raisonnée. Que cette énumération repose sur des faits, nous n'en doutons pas; mais pour que ces faits aient quelque valeur dans la question de causalité, il faut d'abord prouver qu'ils n'ont pas simplement coïncidé avec les phénomènes morbides; et, de plus, montrer les rapports qui existent entre eux et les phénomènes. C'est ce qui s'appelle proprement faire de la science; certes, on ne se plaint pas aujourd'hui de la disette des faits en médecine : ils abondent; mais que sert de les accumuler sans cesse si on n'en tire des inductions raisonnées?

Les progrès de la pensée publique, dit M. Geoffroy Saint-Hilaire, réclament qu'on emploie aujourd'hui les faits, principalement pour les connaître dans leurs rapports.

La suppression des règles, admise comme cause déterminante de l'hystérie, ainsi que le veulent tant d'auteurs, ne peut éclairer en rien la nature de cette maladie; cette cause est tellement générale qu'il n'est peut-être pas une maladie, chez les femmes, qu'on n'ait attribuée à ses effets. Les énumérer avec quelques détails, dit M. Désormeaux, ce serait présenter un tableau nosographique presque complet. Il en est à peu près de même des autres troubles des fonctions utérines.

Nous nous sommes suffisamment expliqués pour montrer que rien n'est plus difficile à prouver que la part accordée si légèrement à ces divers états dans la production des phénomènes hystériques : nous ne devons pas y revenir; nous regrettons seulement ici de voir un auteur contemporain (M. Louyer-Villermay) noter parmi les causes qui entraînent encore directement cette maladie, la rétention de la liqueur spermatique, en ajoutant, d'un ton péremptoire, que cette liqueur *paraît* très-abondante chez certaines femmes : idée renouvelée de Platon, qui assurait que la semence retenue long-temps dans les organes de la femme devient acrimonieuse.

La suppression des lochies n'a pas été oubliée parmi les accidents qu'on suppose devoir déterminer l'hystérie; cette remarque appartient surtout aux premiers observateurs. *Hippocrates*, dit Fréd. Hoffmann, *in puerperis ob lochiarum non ritè succedentem fluxum hystericas passiones observavit* (*de Nat. mul.*). Il est probable que, dans ce cas, il s'agissait d'une affection puerpérale compliquée d'accidents nerveux.

§ XXIII. Les anciens attribuaient une importance beaucoup plus grande qu'on ne le fait de nos jours, aux influences *des constitutions atmosphériques*. Il n'est pas dans notre sujet d'aborder cette question, il nous suffira de remarquer que les diverses constitutions atmosphériques n'ont jamais paru imprimer un caractère épidémique aux affections hypochondriaques.

Si on ne veut même considérer que les degrés de température, on trouvera que ces variations n'ont d'effet réel qu'en raison de l'importance des idées que le malade atteint d'hypochondrie y attache; mais cela regarde plutôt la marche de la maladie que son apparition. Si un hypochondriaque pense que le froid lui est contraire, soit que cette idée lui soit venue spontanément, soit qu'elle lui ait été inspirée par un médecin, il est certain que les symptômes seront aggravés sous une température semblable; il en sera de même pour les effets de la chaleur.

Chez les femmes hystériques on n'a pas remarqué non plus que le mode de développement ou de propagation des symptômes soit soumis aux influences de ce qu'on nomme génie des constitutions atmosphériques, comme il arrive souvent dans les diverses épidémies de maladies aiguës. Mais un haut degré de température paraît avoir des effets

très-prononcés sur le système nerveux des femmes déjà prédisposées.

Si l'état électrique de l'air est à peu près sans effet sur l'homme en santé et sur l'homme affecté de maladies étrangères au système nerveux, cet état agit puissamment sur certaines femmes atteintes d'affections spasmodiques. Chez ces femmes, le système nerveux, comme on le dit, est parvenu à un degré de prééminence tel que les moindres changements électriques sont vivement ressentis par elles.

Sans sortir d'un appartement fermé, certaines femmes éminemment nerveuses se sont aperçues, dit-on, du passage d'une nue fortement électrisée (Rostan).

Un fluide non identique mais analogue à l'électricité, on le sait, joue un grand rôle dans l'exercice de nos fonctions; ce rôle change, mais n'est pas moins important sans doute dans l'état de maladie. Jusqu'à présent on n'en a tenu que fort peu de compte dans les diverses méthodes thérapeutiques, parce que, dans beaucoup de maladies, on ne sait si ce fluide est en plus ou en moins, ou vicieusement réparti, ou même altéré dans sa nature; mais un jour viendra, peut-être, où les agents thérapeutiques seront appliqués dans cette vue, et peut-être, alors aussi, reconnaîtra-t-on que les métaux, efficaces contre certaines maladies, n'agissent qu'en apportant des modifications aux divers états électriques des organes; mais ceci est une disgression : revenons à notre sujet.

On voit, d'après ce qui vient d'être exposé, que le mode d'action des influences atmosphériques établit une nouvelle différence entre l'hypochondrie et l'hystérie.

On ne peut, sans se livrer à des considérations hypothétiques, prouver que l'hypochondrie puisse être déterminée soit par les saisons, soit par les divers degrés de température, soit enfin par les génies des constitutions atmosphériques, tandis qu'il est facile de voir qu'une haute température, et surtout l'état électrique de l'air, ont des rapports évidents avec les fonctions et les organes, siége des affections hystériques.

Nous avons dit que pour l'hystérie presque toujours les causes s'adressent directement aux organes; ici, il y a plus encore : il y a presque identité entre l'agent nuisible et l'agent influencé, entre le stimulant et ce qui est stimulé, puisqu'on s'accorde aujourd'hui, même en anatomie pathologique, à admettre, dans l'organisme, des fluides impondérables.

§ XXIV. Nous allons maintenant entrer dans l'examen d'une cause toute spéciale, toute puissante, et qui, chez un sujet prédisposé, manque rarement son effet; nous voulons parler de la *lecture des livres de médecine* faite par les gens du monde ou même par de jeunes médecins, qui ne font pas marcher de front les travaux du cabinet et la fréquentation des hôpitaux. Chose singulière, l'image réelle des maladies impressionne plus vivement, mais moins vicieusement que la lecture de leurs descriptions.

De deux choses l'une : ou la lecture de livres de médecine déterminera, chez un individu prédisposé, l'invasion de l'hypochondrie, ou, si cette maladie existe déjà, elle l'aggravera singulièrement. Entrons dans quelques détails à ce sujet. Un homme n'avait jamais tourné ses regards sur lui-même; livré à des occupations tout-à-fait étrangères aux sciences médicales, il ne s'était jamais avisé de rechercher par quel mécanisme les aliments sont digérés dans son estomac, ni comment son sang circule dans ses vaisseaux; plus tard, dans le désœuvrement d'une vie nouvelle, il ouvre un de ces livres que le charlatanisme médical se vante de mettre à la portée du peuple, ou bien il suit un de ces cours de physiologie, d'anatomie, etc., que quelques médecins veulent bien faire pour l'instruction et l'amusement des oisifs des grandes villes; il n'en faut pas davantage. Nous expliquerons plus tard par quel enchaînement d'idées l'hypochondrie se déclare, augmente de jour en jour, et parfois empoisonne de soucis amers le reste de l'existence.

La vie d'un homme célèbre, celle de J.-J. Rousseau, a servi de texte, ou plutôt de modèle, à presque tous les auteurs qui ont voulu tracer les caractères distinctifs du tempérament mélancolique ou de la mélancolie elle-même; d'autres n'ont vu en lui qu'un de ces névropathiques (hypochondriaques) qui finissent *nécessairement* par périr d'apoplexie. (Fourcade, *Mal. nerv.*, p. 144.)

On n'a pas distingué deux périodes bien distinctes dans la vie de Rousseau, l'une pendant laquelle il a offert tous les symptômes de l'hypochondrie, et l'autre pendant laquelle on le voit tomber dans la mélancolie la plus profonde.

M. Louyer-Villermay a donné une esquisse de la vie de ce philosophe, extraite, dit-il (*Rech. sur l'hypoch.*, p. 61), des écrivains *qui l'ont jugé* avec une juste sévérité, le tout pour offrir l'exemple d'une mélancolie bien prononcée.

Persuadé que jusqu'à présent il n'a été donné à personne de pouvoir *juger* dignement une aussi haute puissance intellectuelle, je me contenterai de faire parler Rousseau lui-même; nul autre, d'ailleurs, ne pourrait tracer d'une manière plus vraie, plus vigoureuse et plus pittoresque les symptômes de la première période de l'hypochondrie.

Il avait suivi madame de Warens à la campagne. « Cependant ma santé ne se rétablissait pas;
» j'étais pâle comme un mort, et maigre comme
» un squelette; mes battements d'artères étaient
» terribles, etc. Pour m'achever, ayant fait entrer
» un peu de physiologie dans mes lectures, je me

» mis à étudier l'anatomie ; et, passant en revue
» la multitude et le jeu des pièces qui composent
» ma machine, je m'attendais à sentir détraquer
» tout cela vingt fois le jour. Loin d'être étonné de
» me trouver mourant, je l'étais que je pusse encore
» vivre, et je ne lisais pas la description d'une ma-
» ladie que je ne crusse être la mienne. Je suis
» *sûr* que si je n avais pas été malade, je le serais
» devenu par cette *fatale étude*. Trouvant dans
» chaque maladie les symptômes de la mienne, je
» croyais les avoir toutes, et j'en gagnai par-dessus
» une bien plus *cruelle* encore, dont je m'étais cru
» délivré : la fantaisie de guérir. C'en est une dif-
» ficile à éviter quand on se met à lire des livres
» de médecine. A force de chercher, de réfléchir,
» de comparer, j'allai m'imaginer que la base de
» mon mal était un polype au cœur, et un médecin
» lui-même parut frappé de cette idée..... Je ten-
» dis tous les ressorts de mon esprit pour cher-
» cher comment on pourrait guérir d'un polype au
» cœur, résolu d'entreprendre cette merveilleuse
» cure..... On avait dit que M. Fizes, de Montpel-
» lier, avait guéri un pareil polype ; il n'en fallut
» pas davantage pour m'inspirer le désir d'aller con-
» sulter M. Fizes. L'*espoir* de guérir me fit retrou-
» ver du courage et des forces. »

Dans le voyage, Rousseau fait connaissance avec une madame de Larnage. Cette femme, comme il le dit, cherche à lui tourner la tête. « Voilà ma-
» dame de Larnage qui m'entreprend, et adieu le
» pauvre Jean-Jacques, ou plutôt adieu la fièvre,
» les vapeurs et le polype..... J'avais *oublié* durant
» ma route que j'étais malade ; je m'en souvins en
» arrivant à Montpellier..... J'allai consulter les
» praticiens les plus illustres, et surtout M. Fizes :
» par surabondance de précaution, je me mis en
» pension chez un médecin..... Je partis après six
« semaines ou deux mois de séjour dans cette ville,
» où j'ai laissé une douzaine de louis sans aucun
» profit pour ma santé. » (*Confess.*)

Quiconque a lu les *Consultations* de Fizes, si célèbre de son temps, doit être convaincu que J.-J. Rousseau ne pouvait trouver que peu de profit pour sa santé près de lui.

Fizes écrivait à un malade qui, comme Rousseau, se plaignait de battements d'artères : « Le batte-
» ment que le malade sent en différentes parties
» de la tête, et les autres symptômes énoncés dans
» son mémoire, établissent une affection mélan-
» colique dont la cause est un sang épais, sec et
» acrimonieux, avec trop de tension des filets
» nerveux, etc. »

Pense-t-on qu'une explication de cette nature soit propre à adoucir le désespoir d'un malheureux hypochondriaque ?

A l'époque où Rousseau écrivait ses mémoires, il était guéri de son hypochondrie, mais il était devenu mélancolique ; on le reconnaît même à plusieurs traits de ce passage : *Je gagnai une maladie bien plus cruelle..... la fantaisie de guérir*, etc.

Un caractère bien remarquable, et propre à faire distinguer, en certains cas, les hypochondriaques des mélancoliques, c'est que les premiers veulent guérir, croient à la possibilité de leur guérison, dévorent des livres de médecine, et consultent non-seulement les médecins, mais les premiers venus ; tandis que les mélancoliques dédaignent et méprisent les médecins ; ils ne se sentent que trop de vie pour souffrir encore toutes les angoisses de l'existence. Voyez comment s'exprimait Rousseau devenu mélancolique : « Maintenant que j'écris ceci, in-
» firme et presque sexagénaire, accablé de douleurs
» de toute espèce, je me sens pour souffrir plus de
» vigueur et de vie que je n'en eus pour jouir à la
» fleur de mon âge et dans le sein du plus vrai bon-
» heur. »

Voulez-vous savoir si tels personnages historiques, cités par des auteurs comme des modèles de mélancolie, étaient réellement mélancoliques : examinez de quelle importance et de quelle considération jouissaient leurs médecins près d'eux. Le médecin dans lequel il a confiance est tout pour un hypochondriaque ; il est sa Providence ; pour un mélancolique, un médecin est presque toujours un charlatan.

Dans la vie de Rousseau, on trouve successivement ces deux sortes de maladies.

Tibère et Louis XI, disent la plupart des auteurs, étaient des mélancoliques achevés. Ouvrez Philippe de Comines, vous verrez Louis XI soumis à son seul médecin, ne craignant que lui, et, malgré son avarice, le payant largement. « Et si le craignant
» tant, dit son naïf historien, qu'il ne l'eût osé
» envoyer hors d'avec lui, et pour ce le dict méde-
» cin luy disait audacieusement ces mots : *Je sçay*
» *bien qu'un matin vous m'envoyerez, comme vous*
« *faites d'autres ; mais.... vous ne vivrez point huit*
» *jours après*. Ce mot l'épouvantait fort, etc. »
(liv. VI) : c'était l'épouvante d'un hypochondriaque.

Ouvrez Tacite et Suétone, et vous verrez Tibère soutenir qu'à trente ans tout homme doit être son propre médecin ; vous verrez ce prince mélancolique dédaigner jusqu'au dernier moment les secours de la médecine. C'est en lui pressant la main, par marque de respect, qu'un médecin grec s'aperçut de la gravité de sa dernière maladie.

« Jam Tiberium corpus, jam vires, nondùm
» dissimulatio deserebat, tandem apud promonto-
» rium Miseni....... Eum adpropinquare supremis,
» tali modo compertum est. Erat medicus arte in-
» signis, nomine Charicles..... Is velut ad proprio
» negotio digrediens, et per speciem officii manum
» complexus, pulsum venarum attigit........ Chari-
» cles labi spiritum, nec ultrà biduum duraturum
» Macroni firmavit. » (*Ann.*, lib. VI; *Corn. Taciti*).

Revenons à la lecture des livres de médecine

considérés comme causes de l'hypochondrie. Il est peu d'hypochondriaques qui n'aient lu de ces sortes de livres; et pour ceux qui n'éprouvent encore aucun symptôme, c'est une fatale épreuve, comme le dit Rousseau. Il y a encore cela de fâcheux, que, devenus réellement malades, ils ne peuvent plus se détacher de ces livres. Presque toujours avant de consulter un médecin, et ils en consultent beaucoup, ils veulent lire ses ouvrages; ils le jugent; et si, dans ses descriptions, ils viennent à se reconnaître, ils lui accordent la confiance la plus illimitée.

Tous les malades qui consultaient Pomme avaient commencé par lire ses ouvrages. On sait avec quelle minutie les mémoires des hypochondriaques sont rédigés. Plusieurs de ceux que Pomme a rapportés commencent ainsi : « J'ai lu votre ouvrage sur les » vapeurs, il m'a inspiré la plus grande vénération » pour vous, etc. »

Nous pourrions ici, si les bornes de ce travail nous le permettaient, rapporter de nombreuses observations qui prouveraient que souvent l'hypochondrie a été déterminée par cette seule cause.

Mais nous ne devons que parcourir successivement les opinions émises à ce sujet.

Ce qui frappe, dans les livres de médecine, les gens du monde et surtout les personnes disposées à l'hypochondrie, c'est tantôt la partie anatomique et tantôt la description des maladies graves : or, c'est précisément dans cette dernière partie que les anciens médecins ont excellé. L'esprit qui domine aujourd'hui dans nos productions médicales aura moins d'effet sous ce rapport. Il faut du pittoresque à de telles personnes. Les minutieuses investigations d'anatomie pathologique, les recherches sur les érosions, les ramollissements rouges et gris, les arborisations, les altérations de sécrétion, etc., etc., ne sont guère propres à fixer l'attention de cette classe de lecteurs. Il leur faut des descriptions à effet et à leur portée, des dissertations sur les *glaires*, sur les vapeurs, sur les anévrismes internes, les gastrites chroniques, le vice rhumatismal, les gouttes *remontées*, les maux de poitrine, etc., etc. Certains cours d'anatomie et de médecine, faits exprès pour les gens du monde, ne sont pas moins dangereux; ils ne peuvent donner que des idées imparfaites et fausses, et ne sont propres qu'à troubler leurs cerveaux.

Comme le mode d'action de ces causes est exprimé par des signes particuliers, et qu'il est immédiatement suivi des symptômes qui constituent l'invasion de l'hypochondrie, nous remettrons à la section suivante, c'est-à-dire, à la symptomatologie, cette description d'ailleurs fort importante.

La lecture des livres de médecine est à peu près sans influence sur le développement de l'hystérie, à moins qu'on ne veuille appeler livres de médecine certains romans physiologiques propres seulement à polluer l'imagination des jeunes gens.

Nous avons dit qu'un homme prédisposé à l'hypochondrie ne manque pas de se reconnaître dans toutes les descriptions de maladies qui lui tombent entre les mains; en sera-t-il de même pour les femmes prédisposées à l'hystérie? Non, car dans cette disposition, les femmes peuvent être *instruites* sans dangers, mais elles ne peuvent être *émues* impunément.

Les livres de médecine ne sont pas d'ailleurs du goût de ces sortes de femmes; elles préfèrent les livres et les spectacles capables de procurer de fortes émotions : or, tout ce qui parle vivement aux sens peut devenir cause occasionnelle d'hystérie. Si votre fille lit des romans à dix ans, disait le célèbre médecin de Lausanne, elle aura des vapeurs à vingt. Que si, par hasard, elles viennent à lire des livres de médecine, elles s'arrêteront seulement sur les détails anatomiques qui piqueront leur curiosité, ou sur les détails physiologiques qui éveilleront en elle des sensations nouvelles. Le charlatanisme semble, de nos jours, avoir deviné ces effets; il a composé des livres uniquement dans ce but; ces livres, écrits par la lie des gens de l'art, dans lesquels on traite spécialement des fonctions des organes génitaux, sont d'autant plus dangereux et d'autant plus propres à déterminer des accidents hystériques, que leur lecture se termine presque toujours par des manœuvres de masturbation.

Ces réflexions suffisent pour montrer que ces causes déterminantes de l'hypochondrie et de l'hystérie conservent entre elles les différences des causes prédisposantes. Les livres propres à occasionner les symptômes de l'hypochondrie, donnent de fausses idées, font naître des craintes chimériques, en un mot, parlent à l'esprit. Les livres, au contraire, propres à déterminer des attaques d'hystérie, éveillent des sensations, remuent fortement les constitutions déjà prédisposées, en un mot parlent aux organes.

Nous ne reviendrons pas sur les effets de l'oisiveté, notés avec raison par les auteurs comme causes déterminantes, ni sur ceux de la masturbation : nous nous sommes suffisamment expliqués à ce sujet dans la section précédente.

Les auteurs ont encore mis au nombre des causes déterminantes de l'hypochondrie la crainte d'être affecté de maladies dangereuses; mais, en cela, ils ont pris l'effet pour la cause : dès qu'il y a en effet crainte de cette nature, on peut dire qu'il y a déjà hypochondrie, comme nous le verrons plus tard. Il en est de cela comme des prétendues peines du cœur, de l'amour contrarié, rangés parmi les causes de l'hystérie; ce sont plutôt les premières expressions symptomatiques de cette maladie. En outre, il y a trop de vague dans des causes émises

sous cette forme, pour qu'elles puissent être examinées comparativement. Avant de discuter, disait Locke, il faut définir les termes ; or, on pourrait donner dix acceptions diverses à ces expressions.

On conçoit que Georget a eu raison de donner, comme cause d'hypochondrie chez les femmes, la perte de la beauté et la succession des années; il arrive souvent en effet que quelques femmes, aveuglées par l'amour-propre, ne regardent pas comme l'œuvre ordinaire du temps la perte de leurs attraits, mais comme l'effet de quelque maladie, et dès-lors elles se mettent à la recherche de cette maladie. Les inquiétudes arrivent, elles augmentent, et l'hypochondrie peut se déclarer.

§ XXV. Il est une autre cause déterminante de cette affection, du même genre que celle que nous venons d'examiner, mais qui peut agir sur les hommes comme sur les femmes ; nous voulons parler des *soins excessifs* des personnes obséquieuses qui vous entourent et des inquiétudes mal fondées qu'elles conçoivent sans cesse sur l'état de votre santé. Elles font plus que les livres dont nous nous occupions tout à l'heure, elles parlent sans être consultées : à force d'entendre exprimer des alarmes sur l'aspect de votre visage, sur les variétés de votre appétit, vous pouvez finir, pour peu qu'il y ait prédisposition, par prendre part enfin à ces soucis, par être surpris de votre pâleur, de votre faiblesse, de la lenteur de vos digestions, etc., etc. ; et ce sont ces remarques qui amènent à la longue une maladie sérieuse : l'hypochondrie.

Rien de semblable ne peut avoir lieu pour l'hystérie sous ce rapport. Il est vrai qu'il est aussi des soins et des attentions qui peuvent favoriser l'invasion de l'hystérie, mais ils sont d'un autre genre; ce sont ces soins empressés et délicats qui amollissent les constitutions nerveuses, qui les condamnent à l'inaction ; ce sont ces attentions officieuses qui vont au-devant de tous les désirs, et qui en cherchant à satisfaire continuellement les sens, leur font sentir le besoin de nouvelles sensations. Ces différences sont assez marquées pour qu'il ne soit pas nécessaire de nous y arrêter; nous passons à une question plus importante.

§ XXVI. Enfin, il est encore une cause déterminante de ces deux maladies, cause plus fréquente qu'on ne le pense communément, surtout pour l'hypochondrie : c'est la facilité avec laquelle ces maladies peuvent se communiquer d'un individu à un autre, comme par une sorte de contagion, bien qu'il n'existe ici ni venin, ni germe, ni émanation, etc.; toutefois la distinction bien remarquable qu'on observe dans leur mode de communication fait sentir encore l'énorme différence à établir entre ces deux affections.

Indépendamment de l'ennui que fait éprouver le commerce des hypochondriaques, du tourment que causent leurs plaintes continuelles, il y a du danger, pour des esprits prédisposés, à vivre toujours près d'eux. Les pensées se mettent naturellement en harmonie ; on compâtit à leurs maux réels ou supposés ; on en cherche avec eux les causes; on s'inquiète de leur violence, de leur durée, de leurs suites, on peut aller plus loin, on peut aussi faire un retour sur soi-même; ajoutons que les hypochondriaques ont cela de particulier, qu'ils cherchent sans cesse à établir des comparaisons entre vos sensations et les leurs, non pour y trouver pour eux des motifs de sécurité, mais comme pour faire naître en vous des craintes et des sujets d'inquiétude.

C'est une sorte de contagion morale, une propagation amenée par une série d'idées et de réflexions particulières. Cette propagation est d'autant plus active qu'elle va droit à la source, au principe de l'hypochondrie.

Nous allons voir que les choses se passent tout différemment dans la communication de l'hystérie.

L'invasion de l'hystérie, dans ce cas, est déterminée, non par une communication ou fréquentation établie avec une personne hystérique, mais par la *vue*, et même par la première vue, d'une hystérique. Plus l'attaque chez celle-ci sera violente et terrible, plus la communication sera prompte. Il en est alors de l'hystérie comme de l'épilepsie ; les malades tombent sur-le-champ dans l'état convulsif. Les auteurs ne se sont pas arrêtés sur cette distinction ; elle est cependant toute pratique, et singulièrement propre à éclairer le diagnostic différentiel de ces maladies. On vient de voir que pour l'hystérie, le mode de propagation est en rapport avec le point de départ des symptômes de cette maladie. La sensation vive et brusque excitée par l'aspect d'une hystérique au *summum* de l'état convulsif a frappé les sens, et il ne faut pas croire, avec quelques auteurs, que tous les agents qui influent sur les organes des sens, portent leur action sur l'imagination : ici l'imagination n'entre pour rien, la communication est trop prompte; les sens sont frappés et l'innervation troublée, voilà tout ; sans doute il y a eu une perception de l'esprit, mais l'esprit n'était plus agent actif; comme les sens, il a été vivement et instantanément impressionné, rien n'est resté en lui; en un mot, il n'a rien fait, il n'a donc ici aucune part dans la production de cette maladie.

Nous nous arrêterons ici dans l'étude des causes de l'hypochondrie et de l'hystérie; celles que nous avons étudiées avaient déjà été en partie notées par les meilleurs auteurs; nous les avons appréciées d'abord, puis comparées entre elles, et chaque fois nous avons trouvé qu'elles contribuaient plus ou moins à différencier nos deux maladies. Bien d'autres causes, sans doute, existent encore que nous ne connaissons pas, et d'autres ont été notées par les auteurs que nous n'avons pas cru

devoir mentionner, parce qu'elles sont insignifiantes, générales, et qu'elles ne sauraient éclairer aucune question pathologique.

Certes, les causes considérées seules ne suffiraient pas, comme nous l'avons dit au commencement, pour résoudre notre problème; mais elles entrent pour beaucoup dans les éléments que nous rassemblons, et nous pouvons dire à présent avec Fréd. Hoffmann : *Differunt porro magni hi duo morbi ratione causarum.*

SYMPTOMATOLOGIE.

A. *Considérations générales sur les symptômes de l'hypochondrie et de l'hystérie.*

§ 1er. *Quando morbus aliquis remediis debitè præscriptis cedere nolit, insolitisque quibusdam modis, atque à sui naturâ valdè remotis, progreditur; suspicandum erit de occultis animi passionibus... vel si mulieres sint de fomite hysterico* (Baglivi, *Praxeos medicæ*, lib. 1). Est-il donc étonnant qu'en suivant une telle manière de raisonner on n'ait jamais pu distinguer les symptômes de l'hypochondrie de ceux de l'hystérie? Toutes les fois qu'une maladie affecte une marche insolite, toutes les fois qu'elle ne cède pas à un traitement prétendu rationnel, il faut soupçonner qu'il y a quelque chose d'hypochondriaque s'il s'agit d'un homme, ou d'hystérique s'il s'agit d'une femme! Cela ne signifie-t-il pas, en d'autres termes, que ces deux maladies, étant à peu près inconnues dans leurs caractères phénoménaux et dans leurs terminaisons, on trouvait commode de rejeter sous leurs dénominations, comme dans des vastes lacunes, toutes les maladies à marche irrégulière et rebelles aux moyens thérapeutiques connus? De sorte que ces deux affections-mères prenaient plus ou moins d'extension, comprenaient plus ou moins de maladies, en raison du degré de perspicacité diagnostique de chaque particien.

On voit qu'il en était, du temps de Baglivi, pour l'hypochondrie et pour l'hystérie, comme de nos jours pour certaines pyrexies *ataxiques*, maladies complaisantes, propres à voiler notre ignorance.

Qu'est-ce, en effet, qu'une maladie dont le caractère essentiel est de n'avoir point de caractère, dont la nature est d'être irrégulière, de ne suivre aucun ordre, en un mot de ne point cadrer avec nos systèmes? Il n'y a pas long-temps que la plupart des méningites et des dothinentéries étaient des affections ataxiques; certaines pyrexies n'ont encore trouvé d'autre nom que celui de fièvres typhoïdes; ce qui vaut mieux, car un symptôme prédominant, quelque vague qu'il soit, s'il existe réellement, peut entrer pour quelque chose dans le diagnostic, et c'est d'ailleurs un commencement d'analyse.

Sydenham, malgré son esprit observateur, est tombé dans l'erreur que nous venons de signaler; il commence par avouer que tous les anciens ont rattaché les symptômes hystériques à l'utérus (474); mais bientôt, pour prouver qu'ils ont eu tort, il ajoute qu'on n'a qu'à comparer ces symptômes avec ceux de l'hypochondrie (et c'est ce que nous nous proposons de faire dans cette section de notre ouvrage) pour trouver une grande ressemblance entre ces deux maladies.

Mais la ressemblance dont il parle est-elle fondée sur des symptômes bien déterminés? Est-elle basée sur des phénomènes bien reconnus et philosophiquement analysés? Nullement : ce même Sydenham nous dit, au paragraphe 77, que « les » symptômes hypochondriaco-hystériques ne sont » pas seulement en très-grand nombre et très- » variés, mais qu'ils ont encore cela de *particulier* » entre toutes les autres maladies, qu'ils ne suivent *aucune* règle, ni *aucun* type uniforme, et » ne sont qu'un assemblage *confus* et *irrégulier*, etc., etc. »

Or, nous le demandons, peut-on admettre comme irrévocable l'identité entre ces deux maladies, lorsque cette identité est établie, dans l'esprit de ses partisans, de son premier auteur même, sur de semblables arguments?

De nos jours les chimistes trouvent dans certains végétaux, indépendamment des principes immédiats, des corps qui jusqu'à présent n'ont pas été suffisamment analysés, et qui ne peuvent être classés parmi les autres; ils les nomment *matières extractives*, sauf, disent-ils, à remplacer cette dénomination lorsqu'ils auront découvert leur véritable composition. On serait presque tenté de se demander si, pour Sydenham, l'affection hystérique n'était pas une sorte de matière extractive en pathologie.

Long-temps avant Baglivi, et même avant Sydenham, Thomas Willis avait frappé de ridicule cette mauvaise manière de raisonner; il avait parfaitement vu que ce n'était, après tout, qu'un moyen employé pour cacher notre ignorance. L'affection hystérique, dit-il avec beaucoup d'esprit, jouit d'une si *mauvaise réputation* qu'on se croit autorisé à mettre sur son compte tout ce qu'il y a de vicieux dans les autres maladies. Lorsqu'une affection quelconque chez les femmes offre quel-

que chose d'étrange; lorsqu'on ne peut en deviner la cause ni en indiquer le traitement, on ne manque pas d'en accuser l'utérus, qui le plus souvent est fort *innocent;* on ne manque pas de dire avec beaucoup de gravité : Il y a là-dessous *quelque chose d'hystérique !* mot tout-à-fait commode pour voiler notre ignorance.

« Passio hysterica, inter morbos muliebres, » pessimæ adeo famæ existit, ut semi-damnati in» star, plurium aliorum affectuum culpas gerat : » si quando enim ægritudo inusitati moris, aut » occultioris originis in corpore fœmineo occurrat, » ita ut causa ejus lateat, et indicatio therapeutica » sit prorsus incerta, statim uteri (qui plerumque » insons est) malam influentiam accusamus, et » in symptomate quovis inusitato *aliquid hysteri*» *cum* subesse prononciamus, proindè ad hunc » scopum, qui sæpè tantum ignorantiæ subterfu» gium est, intentionis medicæ et remediorum » usus diriguntur. » (*De morbis convulsivis*, cap. x.)

Comment se fait-il donc que depuis les médecins n'aient pas évité cet écueil signalé d'une manière si piquante par Willis? C'est que, dans l'impossibilité de trouver un système qui put rendre raison de tous les phénomènes morbides, on a continué de faire une classe particulière de ceux qui avaient été mis en quelque sorte au rebut. Autant Sydenham, en effet, montre de sévérité dans la plupart de ses autres traités, autant il paraît mettre d'incohérence dans la description de son affection hystérique. Quiconque lira bien sa Lettre à Guillaume Cole verra qu'il semble réellement se complaire à rassembler toutes les maladies nerveuses connues de son temps, tous les symptômes irréguliers d'une foule de maladies, et que de cet assemblage informe il constitue arbitrairement une maladie bizarre et complexe, un *protée*, un *caméléon*, comme il le dit (par. 77), qu'il nomme affection hystérique.

On sait que les moyens d'investigation étaient encore loin, à cette époque, du degré de perfection auquel ils sont arrivés de nos jours; ils étaient pour la plupart rationnels; toutefois, lorsque les signes obtenus par ces moyens étaient assez nombreux et bien marqués, ils permettaient aussi d'établir un diagnostic assez précis; Sydenham, assurément, connaissait ces signes; il les indique pour une foule d'affections; mais, pour l'hystérie, il les récuse tous, et cela parce qu'ils sont *réguliers;* il lui suffit, pour reconnaître son protée, d'une circonstance qui, selon nous, n'est nullement propre à donner de la valeur à son diagnostic, et conséquemment à infirmer notre opinion. « Quand les femmes me consultent sur quelque » maladie, dit-il, dont je ne saurais déterminer la » nature par les signes *ordinaires*, j'ai toujours » grand soin de leur demander si le mal dont elles » se plaignent ne les attaque pas principalement » lorsqu'elles ont des chagrins, ou que leur esprit » est troublé par quelque autre passion. Si elles » avouent que la chose est ainsi, alors je suis *plei*» *nement* assuré que leur maladie est une affection » hystérique, etc. »

Quoi qu'il en soit, cette opinion était restée parmi les médecins, que l'affection hystérique, même en la séparant de l'hypochondrie, était, non une maladie particulière, mais un assemblage (Astruc, *Malad. des fem.*, t. IV, p. 54) de plusieurs maladies différentes. *Morbus aut potiùs morborum cohors* (Fréd. Hoffmann, *Oper. med.*)

On sent qu'avec une idée semblable, on pouvait en toute liberté réunir les symptômes les plus disparates et les signes des maladies les plus différentes.

Cullen, doué d'un esprit plus juste, s'est vu fort embarrassé en considérant la variété des symptômes attribués à cette maladie, lorsqu'il s'est agi de la définir. Cependant, il a applani beaucoup de difficultés, en mettant plus de simplicité dans l'exposé des symptômes de l'hypochondrie et de l'hystérie. Il a bien vu que Sauvages n'avait fait que retarder les progrès de la science par le grand nombre d'espèces qu'il avait admis. La division de Fracassini lui parut imaginée d'après des idées purement théoriques.

Il rejette donc les prétendues hypochondries *bilieuses, sanguines, pituiteuses*, etc. Pour ce qui est de l'hystérie, Cullen ne considère les huit espèces de Sauvages que comme des modifications amenées par l'influence des causes éloignées (Note au paragraphe 1514).

Les auteurs contemporains ont également rejeté la plupart des divisions établies dans ces maladies; il y a plus d'unité sous le rapport de la marche des symptômes, mais il n'y a guère moins d'incohérence dans l'assemblage de ces symptômes; le point de départ n'est pas indiqué, ou, s'il l'est, on reconnaît qu'il n'y a aucun rapport entre ce point de départ et les symptômes qu'on en fait surgir. Ainsi, dans le premier degré de l'hypochondrie, on note, au début même de la maladie, le gonflement de l'estomac, le malaise et la douleur gravative de l'épigastre, le dégagement de gaz, les tensions spasmodiques des hypochondres, et une foule d'autres symptômes insignifiants et nullement liés entre eux. Ce qui manque dans les histoires symptomatiques de l'hypochondrie, chacun le sait, et personne ne l'a encore trouvé : c'est un *lien systématique*, propre à établir une corrélation suivie entre tous les phénomènes morbides. Indépendamment du diagnostic différentiel de l'hypochondrie et de l'hystérie, but spécial de notre travail, nous nous proposons, dans l'intérêt de la science, d'exposer nos recherches sur la nature réelle de ce lien systématique.

Avant d'arriver à ce travail particulier, il est une marche systématique sur laquelle nous devons nous expliquer; nous avons à l'admettre ou à la rejeter ici : nous voulons parler de la manière gé-

nérale de procéder en pathologie, relativement à la description des maladies; toutes les manières de procéder à cet égard se rapportent à deux principales : l'une familière aux anciens et conservée de nos jours par quelques médecins; l'autre essentiellement moderne, dit-on, et revendiquée par une école contemporaine comme une de ses plus belles découvertes.

On pourrait, avec Georget, nommer la première, en la considérant exclusivement, la médecine *symptomatique*, et l'autre la médecine *cadavérique*. Laquelle choisirons-nous? Grouperons-nous arbitrairement des symptômes pour en former deux maladies particulières, dont l'une sera nommée hypochondrie et l'autre hystérie? ou bien, négligeant tous les phénomènes vitaux, représenterons-nous ces maladies par des altérations organiques constatées après la mort? Ces deux manières de procéder, à peu près également vicieuses pour l'étude des maladies considérées en général, lorsqu'on les suit exclusivement, seraient surtout défectueuses pour les deux qui nous occupent. Nous ne chercherons donc pas à former artificiellement des groupes de symptômes; nous verrons quels sont ceux que la nature suscite, soit successivement, soit simultanément, dans certains cas déterminés, et sous l'influence des causes que nous avons déjà fait connaître; nous verrons comment ces symptômes seront occasionnés dans l'économie, et quels rapports les uniront entre eux.

Lorsqu'une maladie n'est évidemment constituée que par des expressions symptomatiques, la peinture la plus fidèle de ces expressions est le meilleur caractère qu'on puisse lui assigner. On prétend qu'une telle manière de procéder tombe dans l'arbitraire, parce que, dans le but de classer, de grouper, etc., on altère à volonté des symptômes déjà variables par eux-mêmes. A cela nous pourrions répondre d'abord que ce reproche ne s'adresse qu'à la mauvaise foi; que la vitalité elle-même est plus arbitraire qu'on ne le croit dans tous ses phénomènes; et que, si on ne veut pas suivre ce qui nous paraît des errements, il faut rester dans les sciences physiques, et laisser là les actes de la vie.

Nous ne chercherons pas non plus à suivre la seconde méthode qui, pour nos deux maladies surtout, nous conduirait à des résultats entièrement faux. On sent combien il serait vicieux de caractériser des affections par des caractères anatomiques qui n'entrent pour rien dans la production de la plupart des phénomènes morbides, et qui même n'existent pas dans les premières périodes.

On a cru faussement, comme le dit Georget, donner à certains points de la pathologie une base moins mobile, en prenant pour point de départ des altérations organiques qui, le plus souvent, ne sont que des *résultats cadavériques*. Ainsi on regrette de voir des auteurs entrés dans cette fausse route, placer immédiatement après l'étiologie les caractères anatomiques, puis les symptômes, etc.

« Règle générale, dit M. Rostan (*Leçon clinique* » du 25 mars 1830) et confirmative *de la loi* » *universelle* qui lie les fonctions aux organes, » lorsque les signes paraissent douteux, les alté- » rations cadavériques sont également *douteuses*. » C'est faux; l'observation dément chaque jour cette assertion présomptueuse. Nous aurions beaucoup à dire ici sur ce grand mot *de la loi universelle*; mais nous rappellerons seulement que la séméiologie, malgré tant de travaux et malgré les *progrès* de l'anatomie pathologique, est encore trop peu avancée, même en ce qui concerne les altérations matérielles, pour qu'on puisse adopter ces idées sur la parole de M. Rostan; et, comme il est presque toujours impossible d'apprécier le premier effet des causes sur l'organisation, on ne peut admettre comme caractères certains des désordres qui n'en sont qu'une suite éventuelle et plus ou moins éloignée.

Les médecins, qui ne veulent voir les maladies que dans les caractères anatomiques, accusent ceux qui ne s'attachent qu'aux symptômes de n'avoir étudié l'homme que dans leurs cabinets, et ceux-ci reprochent aux premiers de n'avoir vu l'homme que dans leurs amphithéâtres.

C'est ainsi que Cardilucius, au rapport de Baglivi, se plaint amèrement de n'avoir retiré aucun fruit de cinquante ans d'études anatomiques, non-seulement pour tout ce qui est relatif au traitement des maladies, mais encore pour leur histoire symptomatique :

« Cardilucius liberè aliquantulum contra ana- » tomicos invehitur, quod existiment sectionem » fibrillarum esse summoperè necessariam ad his- » toriam curationemque morborum assequendam; » cum reverà, ut ipse ait, post quinquaginta annos » sectionibus anatomicis impensos nec accuratior » morborum historia, nec solidior eorumdem cu- » ratio illuxit. » *Prax. med.*, lib. 1, cap. VII).

Des deux côtés, ces reproches sont en partie injustes, et en partie mérités. Aucune étude ne saurait être négligée sans détriment pour la science; les expressions symptomatiques doivent être scrupuleusement examinées et suivies dans toutes leurs phases; les altérations organiques doivent être soumises aux mêmes investigations, mais comme complément des phénomènes de la vie dont ils ne sauraient rendre compte dans le plus grand nombre des cas.

Chaque époque, en médecine, est caractérisée par une tendance particulière des esprits. Autrefois, la cause prochaine était l'objet des recherches générales; aujourd'hui, on veut qu'il y ait un travail morbide dans la texture des organes au moment même de l'invasion; et tous nos moyens d'exploration sont tournés vers ce point.

Quant à nous, notre méthode sera simple. Dans la section précédente, nous avons étudié les causes encore en dehors de l'organisme; dans celle-ci,

nous allons suivre les phénomènes morbides à partir de l'action de ces mêmes causes, et nous les verrons se montrer et se succéder tout différemment dans l'hypochondrie et dans l'hystérie. Ainsi, soit qu'on admette avec nous que, dans ces deux maladies, les points de départ primitifs ne sont pas constitués par des lésions organiques, soit qu'on les regarde comme tels dans le principe, toujours est-il qu'on sera forcé d'admettre qu'ils diffèrent dans ces deux maladies, et qu'ils entraînent des symptômes qu'il ne nous est pas permis de confondre. Or, c'est précisément la conclusion que nous chercherons à tirer, puisqu'ainsi nous aurons prouvé que, relatives à la symptomatologie, l'hypochondrie et l'hystérie sont bien deux maladies différentes.

§ II. Invasion. Il est à peu près inutile de chercher dans les anciens auteurs, le mode d'invasion de nos deux maladies, parce qu'au lieu de décrire le plus souvent ils veulent expliquer. Peu importe, en effet, pour la solution de notre question, que Higmore ait attribué tous les phénomènes de l'invasion de l'hystérie à l'irruption subite du sang dans les poumons; que Willis et Sydenham aient tout rapporté à l'irrégularité du mouvement des esprits animaux; qu'à une époque beaucoup plus reculée, Galien ait cru voir des vapeurs s'élever d'un foyer unique, et que Arétée de Cappadoce ait parlé des mouvements capricieux de la matrice? Ce qu'il importe de constater ici, c'est le mode d'apparition des premiers symptômes. Certains auteurs modernes ne sont pas beaucoup plus clairs, sous ce rapport, que les anciens; ils trouvent, au moment même de l'invasion de l'hypochondrie, des symptômes variés et *incohérents;* quant à l'hystérie, les premiers accès diffèrent tantôt en intensité, tantôt en longueur, etc.

Pense-t-on avoir donné une idée exacte des premiers phénomènes de l'hypochondrie, lorsqu'on a dit, comme M. Louyer-Villermay (*Invasion* ou *premier degré*): « Marche lente en général mais » très-*variée*....., assemblage *nombreux* de phé- » nomènes *disparates, anomalies très-grandes* dans » les lésions de la sensibilité; dans un petit nom- » bre de cas, invasion brusque, et dès le principe, » tous les symptômes de l'affection nerveuse des » viscères abdominaux dans leur plus haut de- » gré d'intensité ? » (*Rech. sur l'hypoch.*)

Même langage lorsqu'il s'agit de l'hystérie : « Ou » l'invasion est subite, et dès le principe les » accès parviennent au *summum,* ou bien l'hysté- » rie se développe par degrés, la *sensibilité* pa- » raît se monter *insensiblement* à ce point d'éner- » gie nécessaire au développement des accès. »

Nous ne nous arrêterons pas à faire sentir tous les vices d'une semblable description, ils confirment ce qu'on a dit depuis long-temps, que l'observation n'est rien, si on ne trouve aucun rapport entre les phénomènes observés, et si on ignore d'où surgit le mal.

Indépendamment du défaut de précision qui empêche de reconnaître chacune de ces maladies considérées isolément, nous ne pouvons trouver ici aucune différence notable dans leur mode d'invasion, puisque dans les deux cas il y a des phénomènes variés, et que dans les deux cas tantôt l'invasion est brusque et tantôt lente.

Il ne doit pas paraître étonnant que, pour beaucoup de praticiens, la non-identité de ces deux affections soit encore en litige. Nous cherchons à mettre les choses dans leur véritable état.

Une première remarque qui frappe à la lecture des descriptions symptomatiques de l'hypochondrie, c'est la négligence qu'on a mise à remonter aux phénomènes primitifs de cette maladie, à sa véritable invasion. Fondés sur l'observation rigoureuse des faits, nous avons dû nécessairement changer le point de départ de cette maladie; son origine première, avons-nous dit, est dans les fonctions de l'intelligence, et elle aboutit aux organes; nous pouvons le dire dès ce moment, et nous développerons plus tard ce point de doctrine dans tous ses détails, il y a trois périodes bien tranchées dans le cours de l'hypochondrie. Dans la première période il n'y a que direction ou application vicieuses des facultés intellectuelles à l'occasion et sous l'influence des causes ci-dessus énumérées; dans la seconde période, il y a névroses de divers organes, mais plus particulièrement des organes abdominaux (nous dirons pourquoi et comment ceux-ci sont plutôt névrosés); dans la troisième période, enfin, il y a de nombreuses altérations organiques (nous les ferons connaître, et nous en indiquerons l'apparition, la marche, les terminaisons). Dans l'hystérie nous ne pourrons trouver que deux degrés bien distincts : ce n'est plus l'homme qui, par une funeste et pénible concentration de ses forces mentales, fait naître, en quelque sorte, des altérations dans ses propres organes; c'est sous l'influence immédiate des agents extérieurs que des désordres fonctionnels se développent dans l'économie; il y a un premier degré caractérisé par des phénomènes d'un ordre particulier, phénomènes d'une intensité médiocre, mais suffisamment constatés, et un second degré marqué par le développement de phénomènes violents et suscités par de nouvelles puissances.

Que ceci soit dit d'abord pour mettre de l'ordre dans la série des symptômes que nous allons exposer, tout en jugeant les opinions émises par les auteurs sur ces mêmes symptômes. Bientôt nous aurons à développer les idées que nous venons seulement d'indiquer; ici nous devons reprendre les causes là où nous les avons laissées, c'est-à-dire lorsqu'elles déterminent diversement l'invasion de l'hypochondrie et de l'hystérie.

Quelle que soit la violence des causes déterminantes de l'hypochondrie, l'invasion de cette maladie n'est *jamais* brusque, et lorsqu'on a cru trouver, dès le principe, tous les caractères d'une vive

affection nerveuse des viscères abdominaux, de deux choses l'une, ou on n'a pas assisté aux phénomènes qui ont précédé cet état, ou on n'en a tenu aucun compte, ce qui arrive souvent, car presque tous les malades, malgré leurs plaintes amères, présentent, dans les premiers temps, tous les attributs d'une parfaite santé.

Nous décrirons bientôt ces phénomènes, en donnant le tableau de la première période de l'hypochondrie.

Pour ce qui est de l'hystérie, il est un fait reconnu par tous les bons auteurs, c'est que les phénomènes les plus caractéristiques de cette maladie consistent, et Georget l'a dit avec raison, dans des *attaques convulsives;* tous les autres accidents, ajoute d'une manière peut-être trop exclusive ce médecin, existeraient en même temps, qu'ils ne seraient point rapportés à cette maladie. Plus tard, nous ferons voir que nous ne différons de Georget que sous un seul rapport; pour lui ces attaques convulsives sont directement déterminées par l'encéphale, pour nous elles nous paraissent déterminées sympatiquement par l'axe cérébro-spinal que surexcite l'état anormal du système utérin; mais, quoiqu'il en soit, l'invasion d'une véritable attaque hystérique, en général, est subite; ses phénomènes précurseurs sont de courte durée. Sérapion et les médecins arabes disent qu'elle s'annonce seulement par une respiration laborieuse et par la petitesse du pouls. Quant à la plupart des symptômes précurseurs décrits si longuement et si complaisamment par quelques auteurs, ils ne signifient rien, parce qu'il est impossible de prouver qu'ils appartiennent à l'hystérie. Il y a plus, après avoir décrit l'état moral d'une jeune fille romantique, triste, rêveuse, etc., etc., M. Louyer-Villermay avoue que *souvent* la maladie s'en tient là et qu'elle *avorte* dès le principe (p. 58). Voilà ce qu'il appelle le premier stade. Pour donner une idée du vague de ces symptômes précurseurs, nous dirons que ce sont tantôt les phénomènes groupés par quelques médecins sous le nom de chlorose, tantôt les phénomènes qui annoncent la nymphomanie. Aussi Sauvages, qui voyait les deux *éléments*, en a-t-il fait deux genres, l'*hysteria chlorosis* et l'*hysteria libidinosa*.

L'invasion de l'hypochondrie est donc progressive; l'âme n'est modifiée dans ses opérations que par l'influence des idées qui lui arrivent; il faut que celles-ci soient perçues, comparées et jugées, qu'elles acquièrent ensuite, en quelque sorte, droit de domicile, et qu'enfin elles soient placées par le malade au premier rang de ses affections; qu'elles deviennent prédominantes; c'est ce qui constitue primitivement la maladie.

L'invasion de l'hystérie est marquée par une vive réaction de l'organisme; pour qu'elle ait les quatre caractères assignés par Astruc, pour qu'elle forme l'attaque convulsive de Georget, il faut qu'elle soit vive et brusque. Toutefois, comme nous ne pensons pas que l'hystérie, seule et sans complication, puisse devenir épileptiforme, son invasion n'a pas la violence de l'accès épileptique. Ainsi, on ne remarque pas que les femmes hystériques soient frappées d'une attaque dans les rues et sur les places publiques, comme le sont souvent les épileptiques. Dans les divers états morbides du premier degré de l'hystérie, l'âme n'est pas sans influence sur les organes, elle peut les maîtriser jusqu'à un certain point; de sorte que les premières attaques ont presque toujours lieu dans des circonstances et devant des personnes *convenables*, si on peut s'exprimer ainsi; et c'est cette dernière particularité qui a souvent porté des médecins à douter de la réalité des attaques hystériques chez quelques femmes; mais ce fait pourrait peut-être s'expliquer par cette forte influence de la volonté, dont nous venons de parler, influence qui soutiendrait les femmes en quelques cas, et retarderait les attaques pendant un temps assez long. Cette question n'est qu'accessoire à la nôtre, mais toujours résulte-t-il de ce que nous venons de dire, que sous le rapport du mode d'invasion, l'hypochondrie diffère de l'hystérie. Ces différences n'ont pas été émises par les auteurs, Hoffmann seul les a entrevues; néanmoins elles ressortent de ce qui a été dit isolément sur ces deux maladies, et de ce qui existe réellement dans leurs prodrômes.

B. *Symptomatologie de l'hypochondrie.*

§ III. Première période. Nous pouvons trouver l'origine première du lien systématique qui va nous faire coordonner tous les symptômes de l'hypochondrie et mettre enfin de la science là où on ne trouvait qu'une stérile observation, nous pouvons la trouver, dis-je, au début même de cette affection.

Sous l'influence des causes que nous avons successivement examinées dans la section précédente, un individu offrant tous les attributs de la santé, ou affecté de quelque maladie tout-à-fait étrangère à l'hypochondrie, commence par concevoir quelques inquiétudes sur sa santé. Nous avons dit, dans un autre lieu, comment il s'y trouvait porté. Sans rappeler ici les circonstances prédisposantes, nous dirons que c'est le désœuvrement après une vie très-agitée, la fréquentation d'un hypochondriaque, les conversations indiscrètes d'un médecin, etc., etc. Jusque là il n'y a que craintes et doutes; si déjà il est indisposé, il craint les suites de son mal; s'il ne l'est pas, il redoute tout ce qu'il peut imaginer. Cet état pénible, auquel mettraient fin des distractions soutenues et un autre genre de vie, est souvent aggravé par des attentions et des soins hors de saison. C'est alors que beaucoup de ces individus se soumettent à la fatale épreuve des livres de médecine, et, immédiate-

ment après, à celle des consultations médicales. Pour les livres de médecine nous renvoyons à ce que nous avons cité à l'occasion de Rousseau. Le malade, après avoir hésité entre plusieurs maladies également graves, extraordinaires et presque toujours mortelles (notez ceci), finit par s'arrêter sur l'une d'elles; il fait un véritable *choix* (c'est le mot), et dès ce moment tout converge vers ce point. Quelques-uns, et ce ne sont pas les moins nombreux, s'y prennent de la manière suivante : toujours sous l'influence des mêmes causes, ils se mettent à explorer leurs organes et les produits de leurs excrétions. On va voir ici pourquoi les auteurs ont presque toujours commencé leurs descriptions par l'énumération de quelques symptômes gastriques. La série d'organes qui s'offre en quelque sorte la première à l'attention et à l'examen d'un homme prédisposé à l'hypochondrie, c'est, sans contredit, la série des organes digestifs. Par le fait seul de son existence, il était déjà forcé de s'en occuper. La préhension et l'ingestion des aliments, l'émission des urines et l'excrétion des matières stercorales, il faut bien le dire, rappellent chaque jour même les plus beaux génies aux ignobles soucis de la vie animale. « Les rois et les » philosophes fientent, dit Montaigne, et les » dames aussi. » Pour un hypocondriaque la digestion avec tous ses accessoires devient bientôt *la grande occupation* de sa vie. Que de graves réflexions lui sont d'abord suggérées par la nature, les qualités, le poids, etc., de ses aliments solides ou liquides ! Quel profond sujet de méditation ne trouvera-t-il pas dans les variations des matières excrétées ! Avec le genre d'idées que nous lui avons reconnues, s'il s'avise par hasard d'explorer sa bouche, il sera tout étonné de sa conformation : les amygdales, situées profondément et sur les parties latérales, ne manqueront pas de l'effrayer, et la luette, s'agitant au milieu, sera pour lui une excroissance qui finira sans doute par l'étouffer tout vivant !

Il n'y a peut-être pas un médecin qui n'ait été consulté par un de ces hommes qui passent des heures entières devant un miroir, occupés à se créer des maux dans cette région. On les traite de visionnaires, et on les perd de vue ; ce sont cependant ces mêmes hommes qui plus tard offrent tous les symptômes de l'hypochondrie.

Il est d'autres malheureux qui, au bout d'un certain temps, ou tout d'abord, s'occupent des fonctions de leur estomac ; ceux-ci passent leur vie, et cela est à la lettre, ils passent leur vie *à écouter* leur estomac digérer. Or, nous ferons voir comment cela seul peut suffire pour amener la seconde période de cette maladie.

N'oublions pas que jusqu'ici rien de matériel, rien d'organique, rien de réel même n'existe hors de leur entendement ; ils sont toutefois dans la première période, ils sont malades, mais ils ne le sont que moralement. Nous ne saurions trop insister sur ce point, parce qu'il a été négligé ou mal traité par les auteurs ; la plupart l'ont entrevu, mais confusément et ils ont obscurci cet état par l'assemblage disparate d'une foule de symptômes étrangers.

Nous ne parlerons pas des suppositions de Sydenham relativement à la force de l'âme, qui dépend, selon lui, de la force des esprits animaux tant qu'elle est enfermée dans ce corps mortel (par. 90), d'où il conclut que c'est le désordre de ces esprits qui la rend le jouet des affections. Quant à Cullen, le tableau qu'il fait de cette période est tracé de main de maître : « Il y a, dit-il, chez certaines personnes un état de l'âme qui se reconnaît par le concours des circonstances suivantes : une langueur, une indifférence, ou un défaut de résolution pour toute espèce d'entreprise ; une disposition au sérieux et à la tristesse, la crainte que tous les événements à venir ne se terminent, malheureusement ou de la manière la plus fâcheuse : c'est pourquoi les soupçons les plus légers donnent souvent lieu, dans ce cas, de redouter un mal considérable. Ces sortes de personnes sont particulièrement attentives à l'état de leur santé : *le moindre* changement de sensation qu'elles éprouvent dans leur corps suffit pour les occuper sérieusement; et toute sensation extraordinaire, quelquefois la plus légère, leur fait redouter un grand danger, et la mort même. Leur croyance et leur persuasion sont communément des plus opiniâtres relativement à ces sensations et à ces craintes. »

Cullen ici n'a rien expliqué, il a décrit, et c'est pour avoir voulu suivre une autre route que son commentateur est tombé dans l'erreur ; il reconnaît bien la disposition d'esprit décrite par Cullen, mais il la fait immédiatement dépendre d'un certain état du corps ; il voit entre eux une influence mutuelle. Il est bien vrai qu'à une époque particulière il s'établit en effet une influence mutuelle ; mais l'important est de constater lequel a agi primitivement sur l'autre. Nous chercherons à prouver que c'est l'esprit qui trouble d'abord les fonctions, puis le tissu des organes, dans l'hypochondrie, et nous verrons comment les auteurs s'en sont tirés lorsqu'ils ont cherché à prouver que le point de départ est dans les organes. Pour le moment, il nous suffit de dire que les phénomènes moraux apparaissent les premiers, et que les bons observateurs ont fait avant nous cette remarque. Ce sont des idées préconçues qui ont fait soutenir, dans quelques écoles exclusives, qu'on observe d'abord les symptômes qui appartiennent aux divers états des organes irrités ou enflammés. Les gastrites chroniques, nous le savons, sont ordinairement accompagnées d'un état remarquable de tristesse ; mais cette tristesse ne constitue pas l'hypochondrie. Quand le système sensitif des hypochondriaques acquiert un perfectionnement vicieux de l'habitude de sentir et de réagir, ce perfectionnement est

constamment amené par une fausse est fâcheuse direction des forces intellectuelles vers les organes. Cela est tellement vrai que les auteurs dont le sentiment est opposé au nôtre, après avoir parlé des irritations viscérales, sont forcés d'admettre que parfois des causes morales exaltent *directement* la sensibilité du cerveau. (*Malad. nerv. des auteurs*, p. 144.)

On a dit que les principaux *foyers viscéraux*, l'estomac, le cœur et les poumons, fixent particulièrement leur attention (même page) : nous ajoutons que, pour le plus grand nombre, c'est l'estomac, et nous avons dit pourquoi.

Georget a combattu avec avantage l'opinion générale qui attribuait avant lui les phénomènes primitifs et caractéristiques de cette maladie aux viscères abdominaux. Il n'a pas nié les désordres de ces organes; mais il a prouvé qu'ils ne sont que *secondaires*, et qu'ils ne sont pas constants; il a vu avant nous que presque toutes les causes de l'hypochondrie s'adressent aux fonctions intellectuelles, et qu'il est un grand nombre de malades dont les organes digestifs restent à l'état normal. Cet auteur avoue cependant que souvent la maladie finit par avoir plusieurs foyers principaux : nous le croyons aussi, et nous y reviendrons en traçant les phénomènes de la seconde période et ceux de la troisième. Nous n'avons rien dit de l'opinion de M. Louyer-Villermay sur l'état moral, parce que cet auteur, même au début, donne pour caractères à la maladie *un assemblage nombreux de phénomènes disparates et des anomalies très-grandes dans les lésions de la sensibilité* (*Rech.*, p. 106); en un mot, il ne voit dans l'hypochondrie que des *scènes successives de phénomènes nerveux vagues et irréguliers* (*Rech.*, p. 108). On sent que cette manière de s'exprimer en pathologie se refuse absolument aux procédés du raisonnement, et cependant, lorsque M. Louyer-Villermay a publié ses *Recherches*, il a déclaré qu'il n'avait en vue, dans son ouvrage, que la nécessité de se former une idée *exacte* de l'hypochondrie, (*Rech.*, Table analytique, p. 190.)

Georget lui-même, avec son esprit plus positif, est tombé ici dans l'erreur commune : n'ayant fait qu'entrevoir le véritable point de départ des symptômes, et n'ayant pas trouvé de lien systématique propre à les unir dans leur succession et dans leurs rapports, il s'est vu forcé de les donner *en masse*.
» Ce qui caractérise surtout cette affection *singu-*
» *lière*, dit-il, ce sont la *multiplicité*, la *variété* et
» la *mobilité* des désordres accusés par les mala-
» des, et les souffrances excessives dont ils se
» plaignent sans cesse, mise en opposition avec le
» peu de danger de leur état et les apparen-
» ces extérieures d'une santé presque toujours
» assez bonne, souvent même d'une santé floris-
» sante. »

Ces caractères assez tranchés et d'ailleurs bien décrits peuvent suffire pour distinguer dans la pratique les hypochondriaques des autres malades; mais ils sont loin de suffire pour caractériser essentiellement la maladie.

Il nous semble qu'en pathologie on ne doit jamais oublier ce principe fécond rappelé par le professeur Cayol dans toutes ses leçons cliniques, que les causes, simples dans leur action première sur l'organisme, ne tardent pas à se compliquer de leurs propres effets. Ainsi, dans l'hypochondrie, et il n'y a pas de maladie peut-être dans laquelle ce principe reçoive une application plus évidente, dans l'hypochondrie, dis-je, sous l'influence d'une cause spéciale, l'esprit, pendant un temps plus ou moins prolongé, et que nous nommons première période, affecté simplement d'une erreur dominante, s'occupe *exclusivement* de ses organes, suit leurs fonctions, y porte le trouble : de là des effets extrêmement variés qui viennent compliquer la simple déviation primitive des forces mentales. Nous reviendrons encore sur l'apparence complexe et disparate de ces effets. Dans la seconde période, les organes sont réellement névrosés, et de là surgissent encore des complications surajoutées aux premiers effets, de telle sorte que la maladie, pour quiconque n'a pas suivi le seul fil qui puisse guider dans sa marche, paraît réellement inextricable.

Enfin, dans quelques cas, arrive la troisième période. Dans celle-ci, la maladie reprend en quelque sorte plus de simplicité, parce que de graves altérations organiques fixent sur un point déterminé l'attention du malade et les recherches du médecin. L'affection est devenue grave, matérielle, évidente, accessible à tous nos moyens d'investigation, et un traitement spécial, quoique presque toujours infructueux, peut être dirigé contre elle. Mais revenons à la première période, et suivons toujours les premiers effets des causes. Le conduit alimentaire, avons-nous dit, occupe la plupart des hypochondriaques, bien qu'il ne soit le siége d'abord d'aucune lésion, pas même d'une lésion fonctionnelle. Toutefois il est notoire que les fonctions digestives ne tardent pas à être troublées par le seul fait de l'attention concentrée uniquement sur elles. Là commence en quelque sorte une première transgression des lois de la vie, transgression dont les suites arrêteraient peut-être les malades s'ils pouvaient les calculer alors : je veux parler de la part que leur attention, ou mieux, que leur volonté s'ingère de prendre dans des actes naturellement placés hors de ses limites, dans les actes de la vie organique. Tout prouve que, pour qu'il y ait harmonie dans l'action des centres nerveux, il faut que chacun d'eux ne s'occupe que de ce qui lui a été confié ; et si nous voyons ici le centre nerveux de la vie animale porter le trouble dans les fonctions organiques, ne voyons-nous pas, en sens inverse, les attaques de certaines maladies du système ganglionnaire amener à la longue l'altération des facultés morales ?

Mais revenons à notre sujet. La digestion se

ralentit bientôt, et devient pénible ; l'enduit plus ou moins épais qui recouvre la langue le matin chez un grand nombre d'individus même en bonne santé n'indique rien de positif sur l'état de l'estomac ; le plus souvent cet enduit tient au desséchement des humeurs qui lubréfient la cavité buccale, comme l'a remarqué mon ami et collègue le docteur Piorry dans un travail spécial. Néanmoins les variations de cet enduit contribuent alors à augmenter les inquiétudes des hypochondriaques, et cela d'autant plus que certains médecins y attachent beaucoup trop d'importance. La digestion, venons-nous de dire, est lente sans être encore douloureuse ; elle est *dans tous les cas* accompagnée de rots et de rapports plus ou moins acides, circonstance qui prouve que déjà l'innervation est vicieusement modifiée, et que la maladie, d'intellectuelle qu'elle était, tend à envahir d'autres fonctions. Qu'on prenne garde de se méprendre, toutefois, sur le mode d'envahissement dont nous parlons : il ne s'agit pas ici d'un être abstrait faisant élection de domicile tantôt dans un organe, et tantôt dans un autre; il s'agit de troubles fonctionnels, effets immédiats d'une cause donnée, et apparaissant successivement comme autant de complications. A cette époque, les vomissements sont très-rares; mais il y a des gargouillements et des borborygmes. L'appétit est variable, tous les auteurs ont noté ce symptôme, mais ils n'ont pas dit à quoi tiennent ces variations. L'appétit, chez ces hommes, n'est plus exclusivement sous la dépendance de l'estomac, il est aussi sous la dépendance de leurs idées, et il reçoit d'elles toutes ces modifications. Tel hypochondriaque s'éveille avec un bon appétit, qui le perd entièrement après quelques réflexions; l'organe parlait d'abord, et se faisait entendre, parce qu'il parlait seul ; mais en raison de l'étroite sympathie qui l'unit au sensorium, le besoin ne se fait plus sentir dès que celui-ci est venu se mettre de la partie. Il y a plus : le médecin dans lequel l'hypochondriaque à confiance peut en certains cas faire naître ou tomber son appétit, parce que des malades de cette sorte n'ont plus d'autre volonté que la sienne.

On a remarqué avec raison que la constipation est habituelle : les selles sont, en effet, très-rares; ce qui tient, comme les flatuosités, les distensions de l'estomac par des gaz, aux désordres de l'innervation. C'est n'est pas tout : lorsque la digestion est faite et que les matières sont excrétées, l'attention des hypochondriaques se porte sur ces résidus : la plupart croient retrouver leurs aliments *tels* qu'ils les ont pris. L'urine ne les occupe pas moins : un particulier atteint d'hypochondrie, dit M. Louyer-Villermay, avait consacré un appartement tout entier à recevoir les vases où il déposait son urine ; il en avait un pour chaque jour de la semaine, et les passait très-souvent tous en revue.

Avant de finir ce qui a trait, dans cette période, aux voies digestives, ajoutons, avec Georget, que ces légers désordres sont rapportés par les malades aux affections les plus graves, telles que des cancers à l'estomac, des gastrites, des polypes, etc.

Nous avons reconnu que, chez le plus grand nombre des malades, les voies digestives paraissent le siége des premiers symptômes locaux, après les indices de l'erreur dominante dont ils ne sont que les effets ; ces malades sont en proie à la *monomanie hypochondriaque* proprement dite. Nous avons dit pourquoi c'était plutôt les voies digestives que tout autre série d'organes qui commencent à s'affecter; d'autres, cependant, ne se plaignent pas de ce côté, tout se rapporte, chez eux, aux systèmes circulatoire et respiratoire, ils sont comme atteints d'une monomanie *pneumo-cardiaque*.

Chacun conviendra qu'il est impossible qu'un homme s'occupe attentivement des battements de son cœur, y tienne la main continuellement, et cela avec anxiété, sans déterminer de véritables palpitations. Arrachez pendant une journée un hypochondriaque de ce genre à ses idées ordinaires, les battements de son cœur n'auront rien d'insolite ; abandonnez-le, le lendemain ils vont reparaître, ils croîtront sous ses mains, ils soulèveront violemment les couvertures de son lit, et nous dirons plus tard comment il peut en résulter des lésions matérielles et graves dans le tissu de cet organe.

Ces malades se plaignent amèrement de battements d'artère *affreux,* soit dans la région épigastrique, vers le tronc cœliaque, soit dans la tête : dans cette dernière partie, il y a plus de variété qu'à l'épigastre, parce qu'il s'y joint réellement des phénomènes d'acoustique. D'abord, le malade, étant couché, n'entendait que le bruit ordinaire des artères de la tête isochrone aux battements du pouls, bruit qui ne peut inquiéter qu'un hypochondriaque ; mais bientôt, par une attention soutenue et pervertie, il éprouve des hallucinations singulières; après les battements, ces malades entendent des frémissements, des bouillonnements, des soufflements, des détonations; quelques-uns même, au rapport des auteurs, se plaignent d'entendre dans leurs crânes de la musique, le murmure d'un ruisseau, etc., etc. ; en un mot, ces malades tombent dans la variété que nous nommerons *monomanie encéphalique.* La plupart de ces malheureux convertissent eux-mêmes ces étranges sensations en symptômes de maladies ; à les entendre, s'il s'agit du cœur, ils l'ont desséché, désorganisé ; ils y ont des anévrysmes, des polypes (Rousseau), etc. ; pour la tête, des commencements d'attaque d'apoplexie. Leurs expressions, comme on sait, sont bizarrement exagérées ; leur cerveau est vide, disent-ils, plein, sec, aqueux, frémissant, pierreux, etc. (Pomme.)

Les hypochondriaques qui se sont attachés de préférence à la respiration se croient phthisiques, et ils en sont convaincus par l'examen minutieux de leurs crachats, par la difficulté idéale et la brièveté de leur respiration, etc., etc.

Quant à ceux, enfin, qui se voient dépérir tous les jours, qui se plaignent de faiblesses générales, d'anéantissement, de sensations vagues et douloureuses, de perte de courage, de volonté, etc., ils donnent le plus souvent une cause très-éloignée à leurs maux, soit l'hérédité, se prétendant issus de parents malsains, soit la masturbation, à laquelle ils se sont livrés à une époque souvent fort reculée, soit à la syphilis, dont jadis ils ont eu quelques signes, etc., etc.

Il est impossible que ces divers hypochondriaques meurent dans cette période par le seul fait de l'hypochondrie; ils peuvent vivre ainsi vingt ans, et même quarante ans, comme tous les auteurs en conviennent; l'ouverture des corps, pratiquée à cette époque, ou plutôt s'ils périssent accidentellement, ne peut rien apprendre sur la nature de tous les désordres qu'ils ont accusés, et qui faisaient le tourment de leur vie; en un mot, il n'y a pas de *caractères anatomiques*.

Le cerveau lui-même ne présente aucune altération; car l'hypochondrie, dans cette période, n'a pas encore été tellement compliquée de ses effets qu'on puisse y trouver des lésions organiques. C'est dont d'abord une simple erreur dominante, lésion qui porte plutôt sur les matériaux des fonctions encéphaliques que sur les facultés elles-mêmes. Ainsi, tout en admettant le principe posé en physiologie et en médecine, que l'état des fonctions dépend de l'état des organes, nous expliquerons plus tard comment les fonctions de l'intelligence *paraissent* se soustraire à cette loi jusqu'à un certain point. Nous n'aurons pas même besoin de nous appuyer sur les observations qui prouvent que la masse encéphalique peut, en certains cas, être profondément désorganisée sans changement appréciable dans les opérations de l'esprit; ni sur ce fait, que ces mêmes opérations peuvent être entièrement bouleversées, sous l'influence de causes diverses, les organes étant parfaitement intacts. Loin de nous l'idée de prétendre ici que les véritables aliénations ne puissent être amenées par des dérangements matériels; mais nous disons que dans le plus grand nombre des cadavres cet état anormal du cerveau et de ses annexes a paru si peu constant qu'il donne encore lieu à de nombreuses hypothèses. Sans parler de toutes les opinions des anciens au sujet de la folie, on sait que les explications de Galien ont passé des Arabes dans nos écoles modernes. De nos jours les recherches cadavériques n'ont guère été plus fructueuses sous ce rapport. Cela est tellement vrai que M. Esquirol, après avoir avancé que les altérations organiques étaient des effets de l'aliénation mentale, ne trouve aujourd'hui en elle que des complications.

Georget partageait la première opinion de M. Esquirol : selon lui, les lésions organiques qu'on trouve dans le cerveau des aliénés sont l'*effet* et non la *cause* immédiate de l'aliénation. Peut-être dans un autre lieu parlerons-nous des recherches de notre collègue et ami le docteur Bayle, à ce sujet, et ferons-nous voir qu'elles ne sont nullement en opposition avec tout ce que nous aurons à dire sur la monomanie hypochondriaque. Bornons-nous à dire, pour le moment, que les désordres moraux et sensitifs observés dans la *première* période de cette maladie, ne peuvent trouver leur source dans des altérations organiques soit de l'économie en général, soit du cerveau et de ses annexes en particulier.

Nous avons dit comment se trouvent excités ces troubles dans les viscères par une pénible et permanente concentration de l'attention et des inquiétudes des malades sur leurs fonctions, et nous avons remarqué que le point de départ lui-même, c'est-à-dire le centre sensitif, ne présente alors rien d'anormal dans son organisation; nous en concluons que jusque là les altérations sont purement fonctionnelles.

Notre intention était d'abord de mettre ici en parallèle le premier degré de l'hystérie avec la première période de l'hypochondrie; mais comme il résulterait de cette méthode que l'histoire symptomatique de ces affections se trouverait coupée à plusieurs reprises, et qu'on ne pourrait peut-être plus suivre méthodiquement, avec nous, l'ordre que nous avons adopté dans l'exposé des symptômes, en un mot notre lien systématique, nous avons préféré poursuivre la description entière de l'hypochondrie, nous réservant de donner ensuite, et comparativement, la symptomatologie de l'hystérie.

§ IV. Seconde période. Avant d'exposer le tableau de la seconde période de l'hypochondrie, rappelons encore qu'indépendamment de la distinction de cette maladie de l'hystérie, nous nous proposons de prouver que l'accumulation indigeste et incohérente des symptômes rapportés par tous les auteurs sans exception, dépendait 1° de ce qu'on se méprenait sur leur véritable *point de départ*; 2° de ce qu'on ne distinguait pas *la filiation* de tous ces phénomènes; 3° de ce qu'on ne rangeait pas dans un *ordre systématique* tous les effets qui viennent successivement s'ajouter et compliquer l'état primitif de cette affection.

La seconde période de l'hypochondrie, avons-nous dit, sera caractérisée par les névroses de divers organes. Peut-être serait-ce ici le lieu de nous arrêter sur les différentes définitions qu'on a données des névroses, et sur les conclusions qu'on en a tirées, mais cette digression nous entraînerait trop loin. Il nous suffira de dire que si, dans un premier mouvement, on s'était cru fondé à nier absolument l'existence des névroses, et à ne voir en elles que des phlegmasies variées, on s'accorde

aujourd'hui à dire que, dans beaucoup de cas, les névroses existent sans trace aucune d'inflammation, de sorte que les plus ardents défenseurs de l'école dite physiologique, sont forcés d'avouer que c'est *une espèce* d'irritation qui ne *s'élève* pas toujours jusqu'au degré de l'inflammation, et qui développe quelquefois dans les nerfs de la vie de relation, dans l'encéphale et dans tous les viscères, les phénomènes morbides qui caractérisent les maladies désignées sous le nom de névroses.

Nous prenons acte de cette déclaration et nous allons nous occuper de nos névroses. Quelle est leur origine? Pourquoi et comment se développent-elles dans l'hypochondrie pour en former la seconde période?

Une vérité familière aux anciens et reproduite de nos jours, surtout par le professeur Cayol, c'est que tous les phénomènes aigus des maladies ne sont que des phénomènes de réaction; la nature médicatrice tend continuellement, dans ses premiers efforts, à la conservation de l'individu. Dans les affections traumatiques, cette vérité est évidente, dans les maladies aiguës et fébriles, elle est encore très-appréciable, mais il faut souvent beaucoup de sagacité pour la distinguer dans le cours des affections apyrétiques et de longue durée.

Il faut l'avouer, dans les anomalies de la sensibilité que nous aurons à mentionner, nous ne pourrons guère constater ce *consensus* symptomatique, cette sorte de force éliminatrice, cette insurrection organique qu'on remarque dans les irritations vasculaires aiguës, en un mot, nous ne pourrons trouver les éléments d'une véritable *réaction*, tendant à débarrasser l'économie animale de principes morbifiques, et notre intention n'est pas de tordre les faits pour les faire cadrer avec un système quel qu'il soit; on ne voit, en effet, alors, qu'une *perturbation* plus ou moins violente de l'économie, manifestée par des symptômes nerveux, et spécialement par des sensations exaltées, diminuées ou perverties. Cependant cette perturbation elle-même, quelque désordonnée qu'elle nous paraisse, ne pourrait-elle pas être une forme particulière de réaction de la part des centres nerveux exaspérés par l'action de causes permanentes? Mais ceci rentre trop dans la question dogmatique, revenons aux symptômes.

Il convient d'abord de résumer ce que nous avons vu dans la première période de l'hypochondrie, afin d'y trouver les causes de la seconde.

Sous l'influence des causes prédisposantes et occasionnelles de cette maladie, le moral était d'abord seul affecté; inquiétudes, craintes de maladies graves, attention vive et soutenue dirigée sur l'état matériel de ses propres organes, et sur la manière dont les fonctions s'exécutent; bientôt troubles dans ces mêmes fonctions, d'où certitude, pour le malade, de l'existence d'une ou de plusieurs affections dangereuses. Deux occupations alors partagent toutes les forces de son esprit et absorbent son attention, suivre avec anxiété la marche de sa maladie, chercher les moyens de la guérir. Tous les symptômes moraux des hypochondriaques peuvent, sans exception, être rapportés à ces deux points; il est impossible qu'ils sortent de là. Il est donc inutile de rapporter toutes les bizarreries de caractère notées par les auteurs dans la description de cette maladie; toute la vie, tous les instants d'un hypochondriaque sont absorbés dans cette double occupation : *suivre avec anxiété la marche de sa maladie*, chercher les *moyens de la guérir*.

Il suffit de parcourir les lettres consultatives écrites par ces malades à leurs médecins, pour voir avec quel détail, avec quelle minutie ils ont noté, jour par jour, toutes leurs sensations; leurs investigations remontent souvent jusqu'à la vie de leurs parents. L'un d'eux écrivait à Pomme : « Vous « allez connaître, Monsieur, mon *histoire* tout « entière. Je suis né à Genève, d'un père et « d'une mère qui étaient l'un et l'autre assez mal « en nerfs, etc. »

Ne quittons pas le point de départ que nous venons d'établir, et nous verrons que ces effets moraux vont devenir à leur tour causes d'effets plus nombreux et plus compliqués. Pour constater analytiquement ces différents effets, examinons successivement ce qui doit résulter de cette déplorable direction de l'esprit, *qui suit avec anxiété la marche d'une prétendue maladie, et qui tend tous ses ressorts pour en trouver le remède.*

Nous avons dit que l'attention seule, concentrée sur les actes d'une fonction physiologique, pourvu que cette attention fût vive et soutenue, suffit pour apporter des troubles variés dans cette fonction; or, il n'y avait encore là, de la part du sujet, que doutes et examen pour mettre fin à ces doutes; mais si, par le fait des troubles suscités dans cette fonction, l'esprit s'est convaincu qu'il y a maladie, et maladie grave (il n'y en a pas de légères pour un hypochondriaque) combien cette funeste situation morale ne doit-elle pas dès-lors devenir puissante pour la production de nouveaux effets morbides?

C'est ici que nous pouvons faire la véritable application de cette pensée profonde du père de la médecine, *cura in visceribus veluti spina est et illa pungit.* Nous ne dirons pas, comme M. Louyer-Villermay, qu'on doit entendre par là l'action du chagrin qui va droit au centre épigastrique.

La pensée d'Hippocrate a une acception plus philosophique et plus large. Ce grand médecin avait vu que, pour susciter une maladie, il y a toujours une épine, et que, lorsque cette épine est immatérielle, elle n'en est pas moins aiguë.

Chaque jour en effet l'hypochondriaque, dans

le cours de ses tristes pensées, de ses réflexions amères, enfonce cette fatale épine dans le sein de ses viscères; et, suivant l'élection qu'il a été porté à faire primitivement, des symptômes graves et trop réels partent enfin de telle ou telle région de son économie.

Voyez un de ces malheureux, après l'ingestion d'un aliment qu'il a pesé, écouter son estomac digérer; voyez cet autre, la main sur la région précordiale, s'effrayer des battements précipités de son cœur : ne vous semble-t-il pas que, se constituant eux-mêmes agents de leurs maux, il enfoncent dans leurs organes cette épine morale dont nous venons de parler?

§ V. Si nous passons maintenant aux effets qui seront produits par la seconde occupation de l'esprit des hypocondriaques, c'est-à-dire, par la recherche et l'application des remèdes supposés propres à guérir leurs maladies, il nous suffira de les indiquer pour faire sentir combien ces effets seront nombreux et variés.

On peut ranger ces effets sous deux chefs principaux: effets produits par les divers régimes successivement adoptés et suivis rigoureusement par les malades; effets produits immanquablement par une fausse application des agents pharmaceutiques.

Pour le régime diététique, nous voyons les uns se condamner au jeûne le plus rigoureux, persuadés que la lenteur de leur digestion tient à quelque irritation aiguë ou chronique de la muqueuse gastro-intestinale, et il n'en faut pas davantage pour amener des névroses ou même une phlegmasie réelle de cette membrane, comme notre collègue Piorry l'a prouvé dans son mémoire sur les *Dangers de l'alimentation insuffisante dans le traitement des maladies* et à *fortiori* dans l'état normal. D'autres se mettent à l'eau pour unique boisson; c'est le cas de Rousseau : « J'étais languis-
» sant, dit-il dans ses *Confessions* (liv. VI, part. I).
» Je ne pus *supporter* le lait; il fallut le quitter.
» C'était alors la *mode* de l'eau pour tout remède;
» je me mis à l'eau, et si peu discrètement qu'elle
» faillit me guérir, non de mes maux, mais de
» la vie. Tous les matins, en me levant, j'allais
» à la fontaine avec un grand gobelet, et j'en
» buvais successivement, en me promenant, la
» valeur de deux bouteilles. Je quittais tout-à-fait
» le vin à mes repas. L'eau que je buvais était
» un peu crue et difficile à passer, comme sont
» la plupart des eaux de montagnes. Bref, je
» fis si bien, qu'en moins de deux mois je me
» détruisis totalement l'estomac, que j'avais eu
» très-bon jusqu'alors. Ne digérant plus, je com-
» pris qu'il ne fallait plus espérer de gué-
» rir.»

Il en est, au contraire, qui, pour corriger une prétendue faiblesse, un prétendu anéantissement, se mettent exclusivement à l'usage d'une alimentation à la fois succulente et excitante. Il serait superflu de faire remarquer les résultats nuisibles de ce régime.

Ici viennent se placer les médicaments pris par les hypochondriaques. Il ne faut pas dire, avec M. Louyer-Villermay, que les médicaments pris à l'intérieur, sous forme liquide ou solide, peuvent *occasionner* l'hypochondrie quand leur emploi est inconsidéré, leur usage trop long-temps continué ou porté à une dose trop forte (*Malad. nerv.*, p. 152). Ce serait consentir à retomber dans cette indigeste énumération de causes contre lesquelles nous nous sommes élevés, et par suite, dans le chaos des symptômes qui, suivant quelques auteurs, *caractérisent* l'hypochondrie; il faut chercher à se rendre compte de ce qui existe.

Non-seulement, comme nous l'avons dit, il est une foule de causes déterminantes de l'hypochondrie dont les effets seraient nuls sans une disposition innée ou amenée par d'autres causes, mais il en est qui n'agissent *que dans le cours* de la maladie elle-même, lorsque sa première période s'est déclarée, et de ce genre sont les écarts de régime et l'abus des médicaments dans la maladie qui nous occupe. Comment admettre, en effet, ce que dit l'auteur que nous venons de citer, que l'abus des *délayants*, administrés dans le traitement de certaines fièvres essentielles, prédispose à l'hypochondrie? A l'appui de cette singulière assertion, M. Louyer-Villermay rapporte une observation dans laquelle on ne trouve pas un symptôme, pas un indice de l'affection hypochondriaque. Le sujet est guéri par l'emploi des toniques; et M. Louyer-Villermay conclut que « *si* on avait prolongé les
» boissons délayantes, et que *si* on n'avait pas eu
» recours au régime tonique, il serait survenu
» *très-probablement* une hypochondrie *des mieux*
» *caractérisées!* » (p. 255). Pour l'abus des toniques, même mode de raisonnement : « *On sait*,
» dit M. Louyer-Villermay, que le quinquina,
» prescrit sans ménagement, convertit parfois une
» fièvre intermittente en une hypochondrie *très-*
» *pénible.* » Pour éclairer cette question que tout le *monde sait*, cet auteur rapporte une consultation qu'il a envoyée en province, et que nous devons nous abstenir d'analyser.

Revenant à l'enchaînement réel des causes et des effets, nous voyons qu'indépendamment des causes immatérielles examinées ci-dessus comme productrices des lésions de la sensibilité observées dans la seconde période, on doit tenir compte aussi des régimes exclusifs et de l'abus des médicaments pris par les hypochondriaques; non que ces médicaments puissent produire l'hypochondrie, puisque déjà cette maladie existe; non que des médications opposées, telles que les délayants, les toniques, les purgatifs, etc., puissent produire des effets identiques dans cette maladie, mais parce que ce sont des causes amenées par un état morbide, qui vont, par de nouveaux effets, compliquer la maladie.

Nous dirons donc qu'un hypochondriaque, après avoir abusé des boissons délayantes et de la diète, pourra et devra même se plaindre avec raison d'une débilité plus ou moins grande ; qu'après avoir pris intempestivement des toniques, il devra parfois éprouver des symptômes réels d'irritations plus ou moins aiguës, etc., etc. ; et ainsi se trouve expliquée cette grande variété de maux qui tourmentent les hypochondriaques, maux qu'on cherchait à faire entrer comme *éléments* dans l'affection hypochondriaque, et qui n'étaient que des effets secondaires surajoutés aux premiers.

On ne voit, dans le cours de l'hypochondrie, répète-t-on, que des scènes successives de phénomènes et de symptômes disparates ; cela se conçoit, lorsqu'on ne tient compte, ni de l'état primitif de l'esprit dans l'hypochondrie, ni des effets qui en sont résultés. Il y a plus, dans ce conflit d'opinions diverses et d'observations variées, les sectes exclusives ont pu choisir à volonté tel genre de lésions morbides comme caractère essentiel de cette maladie, puisqu'au bout d'un certain temps on trouve dans l'économie presque tous les genres de lésions possibles.

On peut facilement comprendre maintenant comment des symptômes, en apparence disparates, doivent se montrer dans la seconde période de l'hypochondrie ; les phénomènes de la première période seuls, s'ils sont intenses, peuvent les amener, mais presque toujours de nouvelles causes provoquent leur développement.

Si nous supposons encore le cas où les voies digestives ont été prises primitivement par les malades comme siége de leur maladie, et s'ils ont dirigé leurs pensées, leur mode de régime et leurs médicaments de ce côté, nous verrons qu'il n'y a plus seulement lenteur dans les digestions, plénitude vers l'estomac après le repas, flatuosités, borborygmes, etc., mais enfin, chez quelques malades, des douleurs vives et brûlantes dans la région épigastrique, que la passion *n'augmente* pas, et qui ne s'exaspèrent pas par l'ingestion même d'une grande quantité d'aliments. La fièvre ne se joint pas ordinairement à ces douleurs ; elles ne troublent pas sensiblement les autres fonctions organiques ; elles n'altèrent pas profondément la santé, et les hypochondriaques peuvent les éprouver pendant quinze, vingt ans, et même plus ; en un mot, on observe tous les phénomènes d'une gastralgie, que trop souvent on a considérée comme constituant l'hypochondrie. Cependant, quelques-uns ont dit qu'alors la *dyspepsie* vient y mêler ses symptômes, et c'est pour cela que Cullen s'est attaché à faire sentir quels sont les phénomènes appartenant à cette dernière maladie. On peut même dire que presque tout son chapitre de l'hypochondrie est consacré à établir cette distinction. Suivant Cullen, on rencontre assez souvent la dyspepsie unie à l'hypochondrie ; mais elle ne se trouve pas, comme cette dernière maladie, sous la dépendance d'une affection de l'esprit (1231).

Chez la plupart des malades on ne remarque, pendant un grand nombre d'années, qu'un gonflement et une tension incommode dans la région des hypochondres ; les digestions sont d'une lenteur extrême, il y a après l'ingestion des aliments, et pendant plusieurs heures, sentiment pénible d'un poids sur l'estomac, développement de gaz, éructations fréquentes, oppressions continuelles, bouffées de chaleur qui montent vers la tête, etc. ; enfin tous les symptômes qui représentaient la dyspepsie aux yeux des anciens médecins, symptômes que les uns attribuent à l'existence d'une gastrite chronique (Broussais), d'autres à la faiblesse intestinale (Louyer-Villermay), et d'autres enfin à une anomalie de l'innervation (Georget).

On peut concevoir que les causes immatérielles, agissant dans la première période, amènent au bout d'un certain temps tous ces désordres nerveux, mais quelquefois, quoique plus rarement, il survient réellement des symptômes de phlegmasies chroniques gastro-intestinales ; nous ne voulons pas nous refuser à admettre ces dernières affections, leur apparition n'aura rien d'étrange si l'on veut se reporter à tout ce que nous avons dit des écarts de régime, en plus comme en moins, et des médications excitantes, si fréquemment employées dans le cours de l'hypochondrie. Mais, il faut le dire, les inflammations sont rares en général dans l'hypochondrie ; ces affections ne paraissent pas être du genre de celles qui surviennent facilement sous la dépendance des lésions morales.

On cite à peine quelques exemples de phlegmasies aiguës des voies intestinales ; il est même d'observation que les hypochondriaques y sont moins exposés que tous les autres malades, nous n'en parlerons donc pas ; c'est un accident trop en dehors de la maladie qui nous occupe.

Nous dirons la même chose des phlegmasies chroniques, bien qu'elles soient un peu moins rares que les phlegmasies aiguës. Ajoutons toutefois qu'on croit en avoir remarqué quelques-unes dans ces derniers temps, peut-être parce qu'on a cherché à rattacher aux inflammations chroniques presque tous les phénomènes nerveux des hypochondriaques.

Il est bien facile de dire que tous les désordres que nous venons d'énumérer sont autant d'indices de phlegmasies gastro-intestinales, mais il n'est pas aussi facile de dire pourquoi l'ingestion des aliments, dans ces circonstances, n'augmente pas toujours les douleurs d'estomac et ne provoque pas de diarrhées : pourquoi ces mêmes aliments *apaisent* souvent les douleurs ; pourquoi la pression à l'épigastre n'est pas pénible ; pourquoi la douleur n'est pas plus intense à gauche qu'à

droite ; pourquoi elle n'augmente pas par les secousses de la marche, de la course et de l'équitation ; pourquoi chez ces malades la nutrition n'est pas sensiblement altérée; pourquoi il y a presque toujours absence de symptômes fébriles; et enfin, pourquoi à l'ouverture des cadavres on ne trouve pas d'altérations notables dans l'état des organes.

Lorsqu'on aura répondu d'une manière satisfaisante à toutes ces questions, nous admettrons que, dans la seconde période de l'hypochondrie, les organes digestifs sont souvent enflammés d'une manière aiguë et chronique. Jusque-là nous dirons que dans cette période, les organes digestifs sont *ordinairement* névrosés.

Le système circulatoire est presque aussi souvent le siége de désordres nerveux que l'appareil que nous venons d'examiner.

Il est absurde de prétendre que la maladie, comme un être distinct, commence constamment par s'établir dans les voies digestives, et passe ensuite ou envahit les organes de la circulation pour constituer le second degré de l'hypochondrie.

L'observation prouve que tantôt notre seconde période est marquée par des phénomènes qui émanent plus particulièrement du tube digestif, tantôt par des phénomènes ayant leur siége dans le système circulatoire, et tantôt par des symptômes qui surgissent du système sensitif de la vie animale.

Nous avons déjà fait remarquer qu'il est peu d'hypochondriaques qui ne se plaignent de palpitations; ces palpitations dépendent d'un ordre tout spécial de causes, et ces causes, nous les avons fait connaître en exposant la première période de l'hypochondrie ; elles ne seront donc pas suscitées par une affection organique du cœur ; loin de là, elles en deviendront peut-être la cause, comme nous le concevrons plus tard. Elles ne peuvent pas plus être rapportées à une péricardite qui irriterait sympathiquement les fibres musculaires du cœur.

Les palpitations liées à l'état hypochondriaque ne sont pas ordinairement douloureuses, elles sont fréquentes, quelquefois même violentes, tout-à-fait sous la dépendance de l'état moral, mais on ne remarque pas en elles les douleurs pongitives qui indiquent, aux yeux de quelques praticiens, une péricardite partielle, à marche lente, et qui, suivant leur rapport, laisse sur le cadavre, comme trace de son existence, soit quelques adhérences celluleuses, soit ces taches blanches que l'on trouve assez souvent éparses à la surface externe du cœur.

Une double cause contribue à entretenir les palpitations chez les hypochondriaques : l'influence immédiate des alarmes qu'ils éprouvent sur les fonctions de cet organe, alarmes qui redoublent à mesure que les palpitations prennent plus d'intensité, et la gêne de la circulation dans le poumon, gêne amenée par l'anxiété des malades, et qui a pour effet d'entraver les mouvements du diaphragme et des muscles intercostaux.

Dans cet état pénible d'un malheureux qui sent son cœur précipiter de plus en plus ses battements, et qui redoute la rupture de quelque anévrysme, la poitrine est presque immobile, tant il craint de respirer ; il doit nécessairement arriver un ralentissement notable dans la circulation pulmonaire, ralentissement dont on doit tenir compte.

Les auteurs ont mentionné, il est vrai, la gêne de la circulation pulmonaire comme une des causes des palpitations, mais ils n'ont attribué cette gêne qu'à des obstacles matériels, tels que la présence de nombreux tubercules dans les poumons, l'induration de son parenchyme, bien que ce genre d'altération existe rarement seul, car il n'y a guère de point induré dans le parenchyme des poumons qu'autour des noyaux tuberculeux, et d'autres productions analogues.

Sydenham parle aussi des palpitations dans son affection hypochondriaco-hystérique, mais il pense qu'elles tiennent à ce que le mal se *jette* sur les *parties vitales* (par. 64). C'est l'idée de M. Louyer-Villermay, qui admet que dans le premier degré de l'hypochondrie le mal se *jette* sur les organes digestifs, dans le second sur les organes de la circulation, et dans le troisième sur les organes de nos relations extérieures (p. 331 *et passim*).

Indépendamment des palpitations, les hypochondriaques se plaignent souvent, avons-nous dit, de battements effrayants du tronc cœliaque, battements qui feraient croire à l'existence de quelque anévrysme de l'aorte ventrale, et que les malades ne manquent pas de rapporter à cette maladie : en général ces battements dépendent des troubles éprouvés par l'organe central de la circulation, et ils sont d'autant plus prononcés que le ventre des hypochondriaques est plus déprimé et plus concave ; il arrive souvent lorsque sa paroi antérieure est très-peu éloignée de la colonne vertébrale, et que dans une grande étendue on peut sentir les battements de l'aorte.

Ajoutons ici, comme proposition générale, que dans l'hypochondrie des rapports vicieux étant établis entre le cerveau et les organes d'où viennent les sensations, celles-ci sont perçues par l'esprit avec une vivacité très-pénible pour les malades, et propre à les confirmer de plus en plus dans leurs idées.

Nous avons vu des cas dans lesquels les premières douleurs se firent sentir dans la tête ; antérieurement ces malades avaient éprouvé quelques céphalalgies qui ne les avaient nullement inquiétés. L'un d'eux, après avoir offert quelques signes moraux d'hypochondrie, est atteint d'une hémicranie qui absorbe dès-lors toute son attention; plusieurs fois avant cette époque, il en avait éprouvé de semblables, sans y attacher la

moindre importance; cette fois il s'inquiète, il craint des suites fâcheuses; par une attention forte et soutenue, et par des recherches continuelles sur l'étendue, la force et le caractère de cette douleur, il parvint à la fixer en quelque sorte à la partie latérale gauche et supérieure de sa tête, comme un clou hystérique. Il entendit ensuite dans cette partie un bruit extraordinaire ; un long et pénible voyage dans les mers du Nord mit fin à tous ces symptômes.

Cette observation prouve que, dans l'hypochondrie, la douleur de tête peut être en certains cas fixe et circonscrite de manière à imiter le clou hystérique. Nous disons imiter, car elle n'a pas les véritables caractères du clou hystérique. Ces caractères ne consistent pas, comme le croit M. Louyer-Villermay, dans la fixité et la circonscription de la douleur, mais bien dans son mode d'apparition et de durée. Expliquons-nous :

Dans l'hypochondrie, le malade peut, à son réveil, n'éprouver aucune douleur de tête ; mais, comme il ne tarde pas à reprendre le cours ordinaire de ses idées, il se met aussitôt à la recherche de sa douleur, qui n'a pas dû, qui n'a pas *pu*, selon lui, disparaître ainsi tout-à-coup. Son attention se fixe donc sur cette partie de sa tête ; elle s'arrête sur la première sensation qu'il y éprouve ; elle la scrute, la médite, y revient sans cesse ; elle la rend dès-lors plus marquée, plus appréciable, et finit enfin par la transformer, sinon en une véritable douleur du moins en un sentiment pénible, fixe, circonscrit et toujours inquiétant.

Dans l'hystérie, comme nous le verrons plus tard, le clou encéphalique apparaît subitement et de manière à faire pousser quelquefois des cris aux malades : c'est la douleur qui appelle l'attention des malades, et non l'attention qui rappelle la douleur. Ceci est un fait d'observation ; mais nous y reviendrons dans le chapitre suivant.

§ VI. Diagnostic. Le diagnostic, dans toutes les maladies, nous l'avons déjà fait remarquer, doit ressortir naturellement d'une appréciation rigoureuse des symptômes différentiels ; dans les deux qui nous occupent, nous pourrions peut-être nous borner à mettre dans tout leur jour les différences qui les distinguent l'une de l'autre. Mais nous pensons qu'il sera plus utile encore d'établir, à mesure que l'occasion s'en présentera, le diagnostic de chaque période de ces maladies et des lésions secondaires qui les compliquent.

Lorsque l'hypochondrie est arrivée au point où nous venons de la voir, on peut dire qu'il y a deux sortes de diagnostic à établir. On a d'abord à examiner le *diagnostic général* de la seconde période; c'est le diagnostic commun à toutes les maladies, diagnostic dont les éléments, quels qu'ils soient, forment des groupes de signes propres à faire reconnaître chaque individualité morbide.

Ce diagnostic ici consistera donc à reconnaître s'il s'agit ou non d'une affection hypochondriaque arrivée à la seconde période. Il ne sera pas difficile à établir si l'on se rappelle que ses éléments doivent être puisés principalement dans les circonstances commémoratives dont le concours a formé la première période, dans la manière actuelle de sentir du malade, dans l'aspect sous lequel il considère les choses, et dans ses façons de s'exprimer sur tout ce qu'il a éprouvé, ce qu'il éprouve encore et ce qu'il redoute d'éprouver.

Nous ne rappellerons pas de nouveau les indices de l'état moral, désignés par nous sous le nom de première période de l'hypochondrie ; nous dirons seulement que, sous ce rapport, on ne devra pas s'en rapporter aux malades; la tendance qu'ils ont à altérer les faits les plus simples, lorsqu'ils sont relatifs à leurs sensations, doit être regardée comme un des caractères de leur maladie. Dans leurs lettres consultatives, comme dans leurs récits de vive voix, ils s'attachent beaucoup plus aux causes présumées de leur maladie et à des explications prétendues physiologiques, qu'à toute autre chose; le médecin qui ne peut les croire sur parole se trouve ainsi privé d'une ressource utile dans les autres maladies; s'il leur demande une exposition, un narré pur et simple de ce qu'ils ont éprouvé, ils tombent à l'instant dans une redondance, un luxe d'expressions tout extraordinaire pour peindre jusqu'aux sensations les plus insignifiantes.

Si c'est leur poitrine qui est malade, par exemple, ils s'arrêteront presque exclusivement sur la couleur des crachats, leur nombre, leur épaisseur, les stries noires qu'ils y auront remarquées, etc. S'il s'agit de leur estomac, ils parleront de l'air qui le distend, de leurs rapports acides, des borborygmes, des gaz qui les tourmentent, des chaleurs d'entrailles, etc.

S'il s'agit de leur tête, enfin, ils n'ont plus d'idées ; ils ne peuvent s'arrêter sur aucune pensée : c'est le son d'une cloche qui s'y fait entendre, ou une voix formidable qui les réveille tout-à-coup, etc., etc.

Quel que soit l'état matériel des organes chez des individus de cette espèce, on ne doit pas hésiter à reconnaître qu'ils sont sous l'influence de l'hypochondrie ; mais, ce jugement porté, il n'en faudra pas moins passer à l'examen particulier des viscères dont ils se plaignent, afin de reconnaître à quelle période cette maladie est arrivée.

C'est ici que vient se placer le *diagnostic particulier* des organes, c'est-à-dire, le diagnostic des effets secondaires ou des maladies nées et entretenues sous la dépendance de l'hypochondrie.

Il ne suffit donc pas, selon nous, de reconnaître s'il y a ou non hypochondrie ; il faut encore porter un diagnostic spécial sur l'état des organes,

dire s'ils sont névrosés ou altérés dans leur texture, quels sont ceux qui souffrent réellement ; il faut enfin, par des investigations rigoureuses, apprécier exactement tout ce qui existe dans cette maladie.

§ VII. Nous avons déjà fait remarquer quelles raisons nous empêchent d'attribuer aux effets d'une gastrite chronique les douleurs exacerbantes ressenties par la plupart des hypochondriaques dans la région épigastrique, le besoin quelquefois impérieux d'aliments qui se renouvelle si fréquemment (bien qu'on ait admis une gastrite boulimique), etc., etc. Il ne faut pas supposer que la continuité de ces douleurs, circonstance d'ailleurs fort rare, soit un caractère inflammatoire ; les resserrements spasmodiques eux-mêmes peuvent durer pendant un temps considérable, sans cesser pour cela d'être sous la dépendance immédiate d'un vice d'innervation.

Omboni rapporte une observation sur une dysphagie spasmodique qui dura quinze jours chez une fille de vingt-trois ans, et qui ne céda qu'à l'application extérieure du sulfate de quinine, après avoir résisté à toute la série des moyens antispasmodiques (*Annali universali di medicina*, août 1829).

Il est à remarquer d'ailleurs que les hypochondriaques ne sentent pas leurs douleurs augmenter après l'ingestion de substances irritantes, et qu'enfin tous les désordres fonctionnels du tube digestif n'éprouvent aucun amendement par l'observation rigoureuse des règles de la diète. Il s'est établi des rapports tellement intimes et tellement vicieux entre le *sensorium commune* et l'estomac, que *l'appétition*, par exemple, nous l'avons déjà dit, est plutôt sous la dépendance du premier que du second, et que la chymification est presque entièrement conforme au cours des idées. La nutrition seule semble encore se refuser en grande partie à éprouver les mêmes variations ; il semble que cette fonction, ou ce dernier complément des fonctions organiques, se trouvant dans une partie plus excentrique et plus en dehors en quelque sorte que les autres du centre nerveux de la vie animale, est plus long-temps à l'abri de ses effets. La bonne mine et le teint frais de certains hypochondriaques forment un contraste frappant avec leurs plaintes continuelles et exagérées (Georget). On sait, au contraire, que chez l'homme atteint d'une véritable gastrite chronique, le tissu cellulaire ne tarde pas à s'affaisser, que l'amaigrissement fait de rapides progrès, que la peau devient brune ou d'un brun jaunâtre, etc. (Rayer).

§ VIII. Le diagnostic des palpitations est plus difficile à établir que celui des affections abdominales; il est souvent fort difficile de savoir si ces palpitations sont liées à quelques lésions organiques, ou si elles en sont absolument indépendantes, c'est-à-dire, nerveuses; ce diagnostic est cependant important, car, dans le dernier cas, le malade n'est encore qu'à la seconde période de l'hypochondrie; le centre circulatoire n'éprouve que des lésions fonctionnelles; le malade peut guérir, quelquefois même en très-peu de temps, tandis que dans le premier cas l'affection secondaire, née et entretenue sous l'influence générale de l'hypochondrie, est tellement grave qu'elle compromet nécessairement l'existence du malade, et qu'il y a peu d'exemples de guérison.

Il est des symptômes concomitants des palpitations qui indiquent d'une manière assez évidente qu'il y a altération dans les parois du cœur; je ne parle pas du bruit du soufflet à l'aide duquel Laennec croyait pouvoir distinguer la dilatation des oreillettes de celle des ventricules (distinction que Corvisart avait cru pouvoir établir).

On a reconnu depuis long-temps que le bruit du soufflet est bien souvent indépendant de toute lésion organique du cœur ; mais je parle de tous les autres symptômes considérés dans leur ensemble, surtout lorsque la maladie a fait déjà de grands progrès ; car, dans les premiers temps, il est presque toujours impossible de prouver qu'il n'existe aucune altération organique ; le stéthoscope lui-même n'est que d'un médiocre secours alors.

Bien que dans les symptômes liés à une affection organique assez prononcée, il y ait aussi des intermissions, et des intermissions complètes, elles n'ont guère lieu que lorsque la lésion matérielle est encore peu étendue; dans les lésions profondes, il n'y a plus d'intermittences. Or, on remarque que dans la deuxième période de l'hypochondrie, malgré l'intensité effrayante des palpitations, la dyspnée n'est jamais très-considérable, la face très-rarement bouffie, et une intermittence plus ou moins longue succède *toujours* aux paroxismes.

Il n'y a donc presque jamais de fondement dans les craintes que les hypochondriaques éprouvent sur l'existence d'un anévrysme de l'aorte ; et dans le cas où un anévrysme de ce genre existerait réellement, son diagnostic, comme on le sait, serait des plus obscurs.

§ IX. Le diagnostic des douleurs de tête auxquelles les hypochondriaques se disent si souvent en proie, est plus facile que dans les cas précédents. On sait que les céphalalgies frontales sus-orbitaires sont souvent un effet sympathique des affections gastro-intestinales.

Mais chez les hypochondriaques les douleurs de tête occupent des points très-variables. Ici l'important n'est pas seulement de distinguer si ces douleurs sont sympatiques de l'état de tel ou tel organe, il faut savoir encore si elles indiquent ou non quelque altération locale du cerveau, si elles appartiennent à la seconde plutôt qu'à la troisième période de l'hypochondrie; on en sera convaincu si cette douleur, bien que fixe et cir-

conscrite, s'est montrée sous l'influence de l'état moral hypochondriaque, et si elle persiste sans désordres, sans malaises, dans un côté du corps. « Alors ce phénomène, dit Georget, ne caractérise point une altération organique du cerveau, » soit un cancer, soit un ramollissement, un » épanchement sanguin, etc. »

Nous avons déjà dit ce qu'on doit penser des bruits extraordinaires entendus par quelques malades dans leur tête; à force de considérer un objet extérieur, les sens s'exaltent et leurs prêtent des formes bizarres et gigantesques; à force de méditer sur une sensation intérieure, sur une douleur, l'esprit s'éblouit aussi, se déprave et tombe dans les hallucinations les plus étranges.

Il en sera de même pour les sensations vagues et générales que les hypochondriaques cherchent à peindre par des expressions si exagérées; ils les éprouvent réellement, mais par leur propre faute; ce n'est pas l'intensité des sensations qui a ainsi augmenté, c'est l'intensité des forces mentales concentrées dans la perception de ces sensations qui s'est accrue par une application continuelle, et qui éprouve ensuite de nombreuses dépravations.

§ X. Il nous reste encore un diagnostic à préciser, c'est celui des diverses altérations des sécrétions.

Il y a d'abord presque toujours sécrétion insolite de gaz dans l'estomac et dans les intestins.

L'estomac est quelquefois tellement distendu, qu'il forme une tuméfaction élastique et sonore à la région épigastrique. Les malades se livrent à des efforts continuels pour expulser ces gaz, et lorsqu'ils y parviennent, ils exagèrent toujours le soulagement qui en est la suite. Cette pneumatose n'est que très-rarement portée au point de constituer la maladie aiguë connue sous le nom de *passio flatulenta ;* cependant elle est quelquefois tellement intense, que quelques auteurs ne considérant qu'elle, ont appelé l'hypochondrie *morbus flatulentus.*

L'excitation seule de la peau, au moyen de frictions, peut favoriser cette sécrétion. C'est un phénomène morbide qui tient à une simple modification de l'innervation des voies digestives. Il peut avoir lieu avant comme après les repas; l'attention que les malades donnent à ces gaz et l'habitude qu'ils ont de les rendre suffisent pour les entretenir indéfiniment.

Quant aux autres altérations, celles qui portent sur la quantité et la qualité des liquides excrétés, sont quelquefois assez fréquentes dans la deuxième période de l'hypochondrie. Sur ce point, toutefois, il ne faut pas en croire les malades; selon eux, il n'y a plus rien de naturel dans tout ce qu'ils rendent, leurs crachats sont *épouvantables*, leurs urines d'une pâleur telle qu'ils ne les regardent qu'en tremblant.

Il est bien vrai que l'état inflammatoire des organes sécréteurs modifie constamment leurs produits, c'est-à-dire les fluides sécrétés ; les muqueuses, par exemple, ne peuvent être enflammées sans que la sécrétion du mucus ne soit ou supprimée ou altérée. Mais dans un grand nombre de cas, les altérations de sécrétion les plus marquées existent sans trace d'inflammation; personne n'ignore qu'après de longs catarrhes chroniques, on trouve souvent la muqueuse bronchique pâle dans toute son étendue. Il ne répugne d'ailleurs en aucune manière aux lois de la physiologie d'admettre que la simple influence nerveuse modifie les sécrétions puisqu'elle préside à ces fonctions comme aux autres; on sait que les émotions morales suffisent seules pour modifier les sécrétions; or, tout indique que dans la seconde période de l'hypochondrie, les altérations de sécrétion ne sont que des phénomènes nerveux.

§ XI. Troisième période. Nous étudierons le passage de la seconde période de l'hypochondrie à la troisième, comme nous avons étudié le passage de la première à la seconde, c'est-à-dire que nous commencerons par examiner toutes les causes capables de provoquer et d'entretenir ces états essentiellement graves, que nous comprenons collectivement sous le titre de troisième période. Cette marche nous semble tout-à-fait philosophique et propre à donner les résultats les plus exacts.

Dans les sections précédentes nous avons d'abord examiné l'action de ces grandes causes, de ces causes tellement générales qu'elles modifient des masses entières et les disposent, bien que d'une manière éloignée, à contracter l'hypochondrie; ensuite nous sommes descendus aux causes plus particulières et même aux causes individuelles. Ce n'est pas tout, il eût été peu logique d'abandonner alors tout ce qui a trait à la causalité; non-seulement nous avons vu ce qui peut *pousser* et faire tomber, en quelque sorte, l'individu dans l'état morbide, c'est-à-dire les causes d'invasion, mais encore les causes qui entretiennent la première période, et celles qui provoquent le développement de la seconde. Or, ces dernières, nous les avons trouvées et dans la maladie et en dehors de la maladie. Il en sera de même pour le développement de la troisième période; nous chercherons et nous trouverons ses agents dans les nombreux effets de la seconde, et même en dehors de l'organisme.

La durée d'une maladie telle que l'hypochondrie ne peut en effet trouver sa raison dans le fatalisme des jours ou des années critiques; elle la trouvera dans le mode d'action des causes, d'abord sur le moral de l'individu, et plus tard sur son organisation.

§ XII. C'est encore par la série des organes digestifs que nous allons commencer nos investigations; non que ces organes soient toujours et invariablement altérés dans leur texture plutôt que

d'autres ; nous avons vu que pour les névroses elles-mêmes, malgré les prétentions de beaucoup d'auteurs, ces organes n'en étaient pas le siége unique, mais parce qu'en raison de la nature de leurs fonctions, qui, dans le plus grand nombre des cas, fixent de préférence l'attention des malades sur eux, ces organes deviennent surtout le but de leurs prétendus moyens thérapeutiques. Nous dirons donc que pour les altérations de texture, ils les doivent encore principalement à cette fâcheuse prédilection. Ainsi, déjà on peut le prévoir, par cela que ces organes auront été plus fréquemment et plus long-temps névrosés, par cela qu'ils auront été soumis à l'action d'une foule d'agents prétendus curatifs, mais réellement nuisibles, des altérations variées se développeront enfin dans leur tissu.

L'état inflammatoire forme, en quelque sorte, une transition entre les simples troubles fonctionnels, les modifications diverses de la sensibilité organique, etc., et les changements matériels dans la composition des organes ; l'hypertrophie, par exemple, ne paraît-elle pas être une suite toute naturelle de certaines phlegmasies ? Que l'hyperhémie reste permanente, le même résultat n'aura-t-il pas lieu ? C'est ici que nous voyons le point de dissidence entre les auteurs qui ne considèrent les phlegmasies, sans exception, que dans les modifications vitales, et ceux qui les définissent par une simple description des changements appréciables aux sens, c'est-à-dire des modifications matérielles.

Il n'est pas toutefois dans notre opinion que l'inflammation entraîne à sa suite les nombreuses altérations organiques qui affligent l'espèce humaine ; les indurations inflammatoires ne dégénèrent que lorsqu'il s'y joint autre chose que le génie inflammatoire, comme nous le dirons tout-à-l'heure ; pour le moment nous ne voulons parler que de l'apparition des symptômes inflammatoires dans l'hypochondrie.

En considérant le genre de vie adopté par la plupart des hypochondriaques, personne ne s'étonnera du développement des phlegmasies gastriques et intestinales. On peut déjà en trouver la raison dans les étranges régimes auxquels on les voit se soumettre successivement ; on devrait plutôt s'étonner qu'elles ne soient pas plus fréquentes, en se rappelant les causes, même les plus ordinaires, des inflammations.

Il peut donc arriver, et il arrive quelquefois, que les hypochondriaques, après avoir long-temps parlé de leur gastrite, finissent par en offrir réellement les caractères distinctifs. Mais alors celle-ci affecte presque toujours une marche chronique, peut-être parce qu'elle succède à des irritations très-légères mais indéfiniment répétées sur la muqueuse des voies digestives.

Ces gastrites, comme on le pense bien, ne contribuent pas à éclaircir les idées des malades, puisqu'il est d'observation que les phlegmasies chroniques du tube alimentaire amènent presque toujours un état habituel de tristesse.

Maintenant que nous voyons parmi les symptômes de l'hypochondrie des symptômes de gastrite chronique, allons-nous, à l'instar de quelques auteurs, placer arbitrairement dans cette inflammation la cause immédiate de cette maladie ? Non, assurément, nous n'avons pas cru trouver cette cause prochaine lorsque l'estomac s'est névrosé sous la dépendance d'un état hypochondriaque de l'intelligence ; nous ne l'avons pas vue lorsque le cœur a précipité ses battements ; nous ne la verrons pas non plus lorsque ce même estomac se sera enflammé, ou lorsque le cœur se sera hypertrophié ; et ce raisonnement nous pouvons l'appliquer à toutes les modifications secondaires de l'organisme, sans exception, soit que ces modifications n'aient porté que sur les fonctions ou sur le mode de sensibilité et de contractilité des organes (deuxième période), soit que ces modifications aient porté sur la composition matérielle de ces mêmes organes (troisième période).

Par quelle fatale aberration de nutrition voit-on des organes puiser dans la source commune, dans le sang, tantôt des éléments trop considérables de nutrition (hypertrophies), tantôt des éléments insuffisants pour réparer leurs pertes (atrophies), tantôt des éléments destinés à d'autres organes (tumeurs fibreuses, graisseuses, ossifications anormales, etc.), et tantôt enfin, des produits sans analogues dans l'économie animale (tubercules, mélanoses, encéphaloïdes, etc.) ?

Le mécanisme de la nutrition normale nous a été en partie révélé par Bichat : « Il dépend uniquement, dit ce grand physiologiste, de la » somme de sensibilité organique propre à chacun » de nos organes, laquelle le mettant en rapport » avec telle ou telle substance, et non avec telle » autre, fait qu'il s'approprie cette substance, s'en » pénètre et la laisse de toutes parts aborder dans » ses vaisseaux. » (*Anatomie*, Consid. génér.)

N'est-il pas naturel de penser que des organes névrosés depuis long-temps finissent, non-seulement par perpétuer leurs troubles fonctionnels en raison des modifications vicieuses imprimées à leurs divers modes de sensibilité, mais aussi par éprouver des dépravations dans cette somme de sensibilité organique dont parle Bichat, dépravations telles, qu'au lieu de se crisper et se resserrer, ces organes laissent aborder et s'introduire dans leur tissu des substances ou trop considérables, ou insuffisantes, ou hétérogènes ?

C'est ce qui arrive dans le cours de l'hypochondrie, et c'est ce qui, une fois arrivé, en constitue la troisième période. Les causes déterminantes de cette dernière transition se trouvent d'abord dans la durée et dans l'intensité des névroses. Il est impossible que des organes, quels qu'ils soient, l'estomac, le cœur, le poumon, le cerveau, etc., puissent rester long-temps névro-

sés sans être enfin altérés dans leur propre tissu, de même qu'il est impossible qu'une partie vivante soit long-temps irritée sans se névroser ou sans s'enflammer. Ce n'est pas tout, il est encore une cause toute-puissante d'altérations organiques chez les hypochondriaques; je veux parler de *l'état habituel* de tristesse nécessairement entretenu par la nature de leurs idées.

Laennec a été frappé de cette action toute-puissante des passions tristes. « Parmi les causes de » la phthisie pulmonaire, dit-il, je n'en connais » pas de plus certaines que les passions tristes, » surtout quand elles sont *profondes* et de *longue* » *durée;* et il est à remarquer que la même cause » est celle qui paraît le plus contribuer au déve- » loppement des *cancers* et de *toutes* les produc- » tions accidentelles qui n'ont pas d'analogues » dans l'économie animale. C'est peut-être à cette » cause qu'il faut attribuer la fréquence de ces » affections dans les grandes villes, etc. » Eh! quels hommes sont en proie à des chagrins plus amers, plus profonds et plus durables que les hypochondriaques? La nature de leurs maux est telle, que les conseils, les raisonnements, les railleries, et le temps lui-même, ce grand consolateur des misères humaines, ne font souvent que les exaspérer au lieu de les adoucir!

Si, dans la première période, quelques troubles dans les fonctions digestives ou dans les fonctions circulatoires étaient déjà pour eux de graves sujets d'inquiétudes, dans quelles anxiétés n'ont-ils pas été constamment entretenus par les névroses nombreuses et trop réelles qui sont venues caractériser la seconde période de la maladie?

Ce qu'il y a de plus étrange, et l'hypochondriaque l'a quelquefois senti lui-même dans des moments de retour, c'est que lui-même, par sa funeste disposition d'esprit, par ses inquiétudes, par ses régimes exagérés, par ses remèdes intempestifs, etc., etc., s'est en quelque sorte constitué l'agent principal, pour ne pas dire unique, de tous ses maux. Les hommes sont naturellement attachés à la vie, et les hypochondriaques plus que tous les autres; « car, comme le dit » Georget, bien qu'ils parlent souvent du dégoût » qu'ils ont pour la vie, du désir qu'ils ont de » la mort, ils n'en recherchent pas moins avec » empressement les conseils de la médecine; ils » lisent avec avidité les livres de l'art; ils écou- » tent les commères; ils ont recours à toutes les » recettes qu'ils trouvent vantées; ils prennent » des précautions infinies pour s'empêcher de » souffrir; ils consultent sans cesse, et s'adres- » sent à chaque instant à de nouveaux méde- » cins, etc. » Comment se fait-il donc que, par ce fatal enchaînement, ce cercle vicieux de propensions morales et de lésions de l'organisme, les hypochondriaques, tout en croyant agir dans l'intérêt de leur santé, se *suicident* en quelque sorte en détail et à chaque instant? Ceux dont les forces vitales soutiennent long-temps ce fâcheux concours de causes nuisibles, ne sont guère plus heureux, puisqu'ils vivent dans les mêmes transes et dans les mêmes alarmes que ceux qui sont affectés des maladies réelles des dernières périodes.

§ XIII. Lésions organiques de l'estomac, des intestins, du foie, de la rate, etc. Après les aberrations sensitives de l'estomac, aberrations qui rentrent dans la seconde période de l'hypochondrie, on voit donc survenir des altérations dans la texture de ses membranes; ces altérations ne sont pas des *nuances* de gastrite; ici ce sont des altérations secondaires relativement à l'état hypochondriaque, mais distinctes et bien caractérisées, déterminées à la fois par des modificateurs sympathiques (inquiétudes morales, anxiété, tristesse, etc.) et par des modificateurs directs (régime trop exclusif, alimentation insuffisante, médicaments). C'est à cause de cette double influence que les maladies de ce viscère sont si fréquentes dans les derniers temps de l'hypochondrie, et qu'à l'ouverture des cadavres Morgagni et Lieutaud ont trouvé des tumeurs anormales dans les parois de l'estomac, le pylore squirrheux, des dégénérescences cancéreuses, des mélanoses; le système hépatique altéré, etc., etc.

Mais nous reviendrons sur ce sujet lorsque nous traiterons des diverses terminaisons de l'hypochondrie comparées à celles de l'hystérie.

§ XIV. Lésions organiques des organes de la circulation. Les lésions organiques du système circulatoire, sans être aussi fréquentes que celles du tube digestif, ne sont cependant pas aussi rares dans le cours de l'hypochondrie que le pensent la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette maladie.

Si l'on en croit M. Louyer-Villermay, ces désordres sont *des complications accidentelles* (592). Selon nous, ce sont des effets, des résultats très-naturels et presque nécessaires des névroses circulatoires. Après les lésions matérielles des voies digestives, qui occupent le premier rang en raison de la double influence dont nous avons parlé tout-à-l'heure, viennent celles des organes circulatoires; ceux-ci ne sont plus soumis aux agents directs, comme l'estomac; ils sont influencés plus vivement peut-être, bien que d'une manière indirecte, de la part du cerveau. Ces lésions ne sont pas plus des complications accidentelles que celles des voies digestives, et il en était de même dans la seconde période: les palpitations et les autres névroses de la circulation n'étaient pas plus des complications accidentelles de l'hypochondrie que les désordres fonctionnels du tube digestif.

Si plusieurs fois, dans les cours de l'hypochondrie, on a pu reconnaître et prouver aux hypochondriaques que leurs palpitations étaient simplement nerveuses, c'est-à-dire, qu'ils se trouvaient encore dans la seconde période, souvent

aussi à l'ouverture des corps on a pu constater que les palpitations avaient fini par entraîner diverses altérations organiques, soit des péricardites latentes et partielles, comme le prouvent les adhérences trouvées par Lieutaud entre le péricarde et le cœur, soit des hypertrophies plus ou moins considérables de la substance charnue du cœur, comme on en voit des exemples dans Morgagni et dans Bonnet.

N'est-il pas dans la nature des choses que ces divers résultats aient lieu dans l'hypochondrie ? Lorsqu'une légère émotion morale peut même porter le trouble dans la progression circulatoire, que ne doit-on pas présumer de l'effet des grandes et profondes perturbations morales déterminées coup sur coup chez l'hypochondriaque par les causes les plus ordinaires ? Ce n'est pas tout, les organes respiratoires doivent nécessairement participer à ces désordres.

Nous avons vu que dans la seconde période il y avait des dyspnées nerveuses, des constrictions de la poitrine, des altérations de sécrétion bronchique, etc. ; dans la troisième, il y aura des altérations organiques, telles que des tubercules à divers états, disséminés dans le parenchyme du poumon, comme l'a remarqué Lorry, ou des fausses membranes organisées entre les plèvres costales et pulmonaires, ou des épanchements de divers liquides, etc., etc. (Lieutaud).

Rien de moins prouvé que les irritations cérébrales provoquées dans l'hypochondrie par une gastrite chronique, et admises par M. Broussais et ses partisans ; tout tend même plutôt à prouver que, dans la dernière période de cette maladie, ces irritations n'ont lieu que fort rarement; des travaux récents en médecine nous ont fait assez bien connaître les symptômes qui dépendent des irritations encéphaliques et rachidiennes : or, dans l'hypochondrie on ne trouve pas ordinairement ces symptômes. Après la mort, il est vrai, on observe quelquefois, dans le cerveau ou dans ses annexes, des altérations organiques ; mais ces altérations, qui d'ailleurs ne succèdent pas toujours à des irritations encéphaliques, rentrent, même lorsque cette dernière circonstance a lieu, comme dans le cas des indurations et des ramollissements, dans les effets secondaires qui constituent la troisième période de l'hypochondrie.

Si donc une irritation cérébrale se développe vers la fin de cette maladie et sous son influence, et cela peut aussi bien arriver que le développement de toute autre phlegmasie locale, elle aura ses caractères propres, indépendamment du cachet que lui imprimera l'hypochondrie. Mais il est absurde de prétendre qu'une irritation cérébrale revêt, dans sa marche symptomatique, *tous* les caractères que nous avons trouvés dans le cours de l'hypochondrie.

Depuis qu'on a reconnu que la discordance des symptômes des irritations encéphaliques était plutôt apparente que réelle, et qu'elle tenait, tantôt au siége différent de l'affection, tantôt à l'âge, au sexe ou au tempérament du sujet, tantôt à des complications importantes, d'autres fois enfin à la marche aiguë ou chronique de la maladie, remarques dues principalement à mon savant ami le professeur Lallemand de Montpellier, on a pu apprécier les symptômes caractéristiques de ces irritations, et voir combien ils diffèrent des symptômes de l'hypochondrie.

Mais nous reviendrons sur ce sujet lorsqu'il sera question du siége de cette maladie.

§ XV. Variétés de l'hypochondrie. Maintenant que nous avons esquissé les trois périodes de l'hypochondrie, périodes bien distinctes dans la symptomatologie, nous savons ce que nous devons penser des variétés diverses assignées à cette maladie par les auteurs.

Suivant Sydenham, l'affection hystérique, qui comprend en elle l'hypochondrie, est constituée par une *foule* de variétés, par autant de variétés qu'il y a d'organes dans l'économie, de sorte, dit-il, qu'elle *imite* presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain. Il n'y a d'autres raisons de causalité dans ces diverses formes que les *caprices* du mal, qui tantôt *se jette* sur la tête, entre le crâne et le péricrâne (par. 63), tantôt sur les parties vitales; ou bien il se *fixe* dans les poumons (65), ou sur la région, dit-il, qui est au-dessous de la fossette du cœur (66), etc., etc.

M. Louyer-Villermay admet dans l'hypochondrie des degrés et des variétés ; nous examinerons dans un autre lieu si on peut diviser l'hypochondrie en *degrés*; pour le moment nous ne voulons que faire remarquer que suivant cet auteur, dans le premier *degré* le mal n'attaque que les viscères contenus dans l'abdomen; dans le second il se *communique aux organes voisins* (337) ; enfin, dans le troisième degré, il *s'étend* aux organes de nos relations extérieures, et enfin le *désordre moral se prononce* (347).

Quant aux variétés de l'hypochondrie, cet auteur admet une hypochondrie *boulimique* (371) (bien qu'il ait dit (p. 333) que dans le premier degré de l'hypochondrie ordinaire il y a quelquefois *une véritable boulimie*) et une hypochondrie *névropathique*, c'est-à-dire avec prédominance de la sensibilité générale (332). Tout le reste du chapitre est consacré à l'examen des phénomènes accidentels qui surviennent dans la marche de l'hypochondrie, et qui, suivant lui, forment autant de *nuances*.

Georget a suffisamment prouvé que la division de M. Louyer-Villermay n'est pas fondée, ou plutôt qu'elle n'a d'autre fondement que l'opinion préconçue par cet auteur, relativement au siége de cette maladie et à son mode de propagation ; mais cette question rentre dans celle de la nature et du siége; nous aurons à y revenir plus tard.

Pour ce qui est des variétés, nous ne nous ar-

rêterons pas sur celles que M. Louyer-Villermay a admises, puisqu'elles n'existent réellement pas, même suivant cet auteur ; nous ne parlerons que de celles de Georget. Il est remarquable que les variétés reconnues par ce dernier auteur, sont tout-à-fait confirmatives de notre division de l'hypochondrie en trois périodes, et de la méthode qui nous a fait ainsi classer les désordres fonctionnels et organiques. Dans sa première variété Georget montre le rapport permanent de la cause aux accidents, et il ajoute que ceux-ci peuvent cesser tout-à-coup, la cause étant éloignée, et qu'ainsi une foule de malades ne ressentent plus des maux dont ils se plaignaient depuis tant d'années, dès qu'ils ont mis le pied dans une voiture, par exemple, pour faire un voyage. Or, c'est précisément ce qui peut arriver dans notre première période, c'est ce qui peut aussi arriver dans la seconde, mais jamais dans la troisième, puisque la cause a laissé des désordres permanents.

Georget remarque que tous les symptômes qu'il a énumérés ne s'observent point *en même temps*, ni chez le même individu, ni à toutes *les périodes* de la maladie, mais que tous les malades ont les fonctions cérébrales plus ou moins affectées; après cela que chez les uns les désordres gastro-intestinaux sont plus intenses, chez d'autres des palpitations fortes et fréquentes, des serrements de poitrine incommodes, etc. Ici nous pouvons remarquer combien ce médecin avait l'esprit observateur ; tout ce qu'il vient de dire est de la plus grande exactitude ; nous avons observé les mêmes phénomènes, et nous n'avons rien fait autre chose que de les enchaîner dans l'ordre de leur apparition. L'enchaînement des phénomènes a amené l'enchaînement de nos idées, et dès-lors nous avons pu tracer le cours des symptômes de l'hypochondrie, à l'aide d'un lien systématique, en un mot nous avons pu faire de la science.

§ XVI. Il existe cependant des variétés dans cette maladie, mais elles n'ont pas été établies par les auteurs. Celles que nous allons proposer doivent être admises, selon nous, parce qu'elles ne sont pas fondées sur des variétés de causes, ni sur l'existence d'un phénomène variable et isolé, ou même étranger à la maladie, comme dans les espèces de Fracassini ; elles ne résultent pas non plus de diverses complications, parce qu'une maladie qui vient en compliquer une autre peut bien imprimer quelques modifications à ses symptômes, mais elle ne saurait réellement en constituer une variété. Pour qu'on puisse dire qu'il y a variété, il faut que, tout en retrouvant les éléments fondamentaux de l'affection-mère, il faut, dis-je, qu'on observe certains traits assez saillants pour faire prendre à la maladie une physionomie toute spéciale.

En procédant ainsi, nous avons cru pouvoir établir six variétés dans l'hypochondrie, et nous les avons distinguées par des dénominations déjà introduites dans la science, à l'exception de certaines terminaisons un peu rudes peut-être, mais que nous avons admises pour mettre de l'uniformité et pour aider la mémoire.

Ainsi, conservant à l'affection première le nom peu exact qu'on lui donne généralement, nous disons que :

L'hypochondrie comprend les six variétés suivantes :

1° La monomanie hypochondriaque ;
2° La monomanie pneumo-cardiaque ;
3° La monomanie encéphaliaque ;
4° La monomanie asthéniaque ;
5° La monomanie nostalgiaque ;
6° La monomanie hydrophobiaque.

Nous les avons rangées suivant l'ordre de leur fréquence.

La première variété, ou la *monomanie hypochondriaque* proprement dite, celle que nous nous sommes attachés à décrire presque uniquement, est incontestablement la plus fréquente; c'est presque toujours elle que l'on rencontre dans la pratique. Sa source est, comme pour toutes les autres variétés, dans les fonctions de l'intelligence, mais les désordres abdominaux prédominent, quelle que soit d'ailleurs leur nature, nerveux, inflammatoires, organiques, etc., peu importe ; mais toujours est-il que, sans exclure quelques désordres secondaires dans les autres cavités, ceux de l'abdomen sont les plus intenses et mettent, en quelque sorte tous les autres dans l'ombre. Nous avons suffisamment expliqué pourquoi cette variété est la plus fréquente, c'est-à-dire pourquoi les phénomènes morbides surgissent plutôt des voies digestives que de partout ailleurs ; nous n'y reviendrons pas.

Cette variété est donc le *morbus flatuosus, ructuosus*, etc., des auteurs, la gastro-entérite de M. Broussais, et le premier degré de M. Louyer-Villermay.

La seconde variété, ou la *monomanie pneumo-cardiaque*, comprend tous les individus qui, dans l'espèce d'élection forcée ou libre, en quelque sorte, qu'ils ont faite d'une maladie, sous l'influence de leur monomanie ou de la prédominance de leurs idées, se sont arrêtés *de préférence* aux organes contenus dans le thorax; ainsi tous ceux qui passent leur vie à sentir battre leur cœur, à compter ses pulsations, à précipiter même ses mouvements par cette fâcheuse attention, de manière à amener quelquefois des hypertrophies; ceux enfin qui, inquiets d'une toux plus ou moins grave, examinent avec un soin minutieux tous leurs crachats, etc., etc., font partie de cette division.

Il n'y a d'autre différence entre la seconde et la troisième variété, ou la *monomanie encéphaliaque*, qu'en ce que les malades qui se trouvent compris dans celle-ci, au lieu de se plaindre d'affections thoraciques, sont en proie à des maux

dont ils placent le siége dans l'intérieur du crâne ; ce sont donc ceux qui éprouvent des douleurs de tête si variées, qui disent y entendre des détonations, des sifflements, de la musique, des voix extraordinaires, etc. ; ce sont ceux qui prétendent que leur cerveau est en ébullition, qu'il est desséché, raccorni, etc., etc. ; ceux enfin qui se disent sur le point de perdre la vue, ou l'ouïe, de perdre même la raison, qui n'ont plus d'idées, de mémoire, etc., etc.

Dans la quatrième variété, ou la *monomanie asthéniaque*, la maladie part toujours des facultés mentales, car c'est là le caractère primitif et constant de toute affection hypochondriaque, mais les désordres secondaires sont *généraux*. Une faiblesse imaginaire ou réelle permet à peine aux malades de marcher ; la plupart *n'osent* le faire, ils affirment que leurs jambes ne les soutiendraient pas ; plongés assez ordinairement dans une moiteur universelle, ils se sentent *dépérir* tous les jours, disent-ils, et cela quelquefois avec bon visage, assez bon appétit et du sommeil. On trouve parmi eux des onanistes, d'anciens vénériens, et tous ceux qui vont chercher, souvent très-loin dans l'histoire de leur vie, une cause capable, selon eux, de miner toute leur constitution et de les faire périr *d'épuisement*.

Dans la section des causes prédisposantes et occasionnelles, nous avons déjà fait connaître la cinquième variété, ou la *monomanie nostalgiaque;* nous avons dit comment une cause particulière, le regret du pays natal, imprimait à toutes les idées du malade, à la marche même de l'affection physique, un cachet de spécialité bien distinct. Aussi son mode de traitement doit-il différer des autres ; il serait superflu de répéter ici ce que nous avons dit à ce sujet.

Il ne nous reste plus qu'à faire connaître la sixième variété, ou la *monomanie hydrophobiaque*, désignée dans beaucoup d'ouvrages sous le nom d'hydrophobie rabiforme, variété terrible de l'hypochondrie, heureusement fort rare, et dont nous n'avions pas encore parlé jusqu'à présent, parce qu'on ne la trouve pas même mentionnée dans les opinions émises par les auteurs sur l'histoire des affections hypochondriaques.

Nous avons cru devoir cependant la rattacher à l'hypochondrie, parce qu'elle en offre toujours les caractères fondamentaux ; lésion toute morale dans le principe, marquée par une erreur dominante, et plus funeste que toute autre, celle de se croire faussement menacé de tous les accidents de la rage, et dans beaucoup de cas, symptômes nerveux secondaires et formidables, nés sous l'influence de cette fatale persuasion. Ne retrouvons-nous point là les caractères les plus tranchés de l'individualité morbide connue sous le nom d'hypochondrie ?

Maintenant nous pourrions citer une foule d'histoires particulières qui confirmeraient l'assertion que nous venons d'émettre sur la nature et le mode de développement de la *monomanie hydrophobiaque*.

Qui ne connaît l'histoire de ces deux frères mordus en même temps par un chien enragé ; l'un d'eux part en Amérique ; après un séjour de vingt ans, revenu dans son pays natal, il apprend que son frère est mort avec tous les symptômes de la rage ; son esprit se frappe et il meurt peu de temps après, au milieu des mêmes symptômes. Peut-on supposer, avec quelque apparence de raison, que le virus rabique ait attendu vingt ans pour développer tous les accidents ?

Un médecin de Lyon, dit M. Chomel (*Dict. méd.*, t. XI, p. 407), qui avait assisté, en 1817, à l'ouverture de plusieurs individus mordus par une louve enragée, est frappé de l'idée qu'il a pu s'être inoculé la rage. *Aussitôt* il perd l'appétit et le sommeil ; dès qu'il essaie de boire, son cou devient le siége d'une constriction spasmodique ; il est menacé de suffocation. Pendant trois jours il erre sans cesse dans les rues, s'abandonnant au plus affreux désespoir ; ses amis parviennent à le persuader que son imagination seule est malade, et *dès-lors* les accidents disparaissent comme par enchantement.

Un autre individu est mordu par son propre chien en fureur, et ce chien se sauve aussitôt, méconnaissant la voix de son maître. Dès-lors ce malheureux, persuadé que cet animal est enragé, est en proie à l'anxiété la plus terrible ; il refuse les boissons qu'on lui présente ; rien ne peut adoucir son désespoir, et les symptômes de la rage se prononcent de plus en plus. Quelques jours après, lorsqu'on croyait à peine pouvoir le sauver, la porte de sa chambre s'ouvre, son chien se précipite, saute sur son lit et le couvre de caresses ; à *l'instant même* tous les accidents se calment et finissent par disparaître sans laisser la moindre trace.

Or, nous le demandons, que doit-on voir dans ces diverses circonstances, si ce n'est les symptômes d'une véritable *monomanie hydrophobiaque ?*

Ici se termine ce que nous avions à dire sur les symptômes de l'hypochondrie. Les matériaux d'observations ne nous manquaient pas ; le catalogue des ouvrages qui traitent de cette maladie est immense ; les faits abondent, mais incohérents, disparates, et toujours, comme nous l'avons reconnu, présentés dans un ordre vicieux, ordre inspiré par des idées préconçues sur le siége ou sur la nature de la maladie. Nous avons voulu chercher à prouver que tous ces faits ont réellement lieu, qu'aucun ne répugne à l'autre, mais que leur succession et leurs rapports n'étaient pas connus, que l'ordre du développement et la raison de ce développement étaient ignorés, en un mot, qu'il fallait *un lien systématique* propre à comprendre tous les événements qui surviennent dans le cours de l'hypochondrie. Nous avons donc fait,

pour les symptômes de cette maladie, un travail analogue à celui que nous avions fait pour les causes ; presque toutes les causes avaient été mentionnées par les auteurs ; nous en avons ajouté quelques-unes qu'ils avaient omises ou retranchées, d'autres qu'ils avaient supposées gratuitement, puis nous avons cherché le mode d'action, le rapport entre les agents et les effets : il est résulté de cet examen un fait étiologique assez important, c'est que des causes différentes appartiennent à l'hypochondrie et à l'hystérie, et que lorsqu'une cause paraît leur être commune, cette cause a une influence spéciale sur l'une et générale sur l'autre, et *vice versâ*.

Dans la symptomatologie, pour ne pas interrompre l'enchaînement des phénomènes, nous avons d'abord examiné tous les symptômes de l'hypochondrie ; les auteurs ne les avaient pas méconnus, mais ils étaient, nous ne saurions trop le répéter, dispersés sans méthode, mentionnés sans ordre, et en apparence disparates ; à l'aide d'un lien systématique, qui n'est autre que celui de la succession, de la filiation réelle des événements, nous les avons groupés en trois périodes, parce qu'ils exprimaient trois genres de lésions bien distinctes, parce qu'ils se suivaient naturellement, et parce qu'ils acquéraient une gravité progressive.

§ XVII. Maintenant il nous reste deux questions à examiner : Y a-t-il une hypochondrie INTERMITTENTE ? Y a-t-il des CRISES dans l'hypochondrie ? Georget admet l'intermittence. « L'hypochondrie » intermittente n'est pas rare, dit-il ; dans le monde, » on lui donne plus particulièrement le nom de *va-* » *peurs*. » Il nous semble qu'ici Georget a confondu certains symptômes nerveux avec ceux de l'hypochondrie, et l'observation qu'il a rapportée à l'appui de son assertion a en effet plus de rapport avec les phénomènes hystériques qu'avec ceux de l'hypochondrie. La dame dont il parle avait, dans l'intervalle des *accès*, l'esprit plus vif et plus dispos qu'auparavant; l'*accès* était marqué par une douleur vive sur *un point* à la poitrine ou à la tête, etc. Comme nous le verrons plus tard, l'hystérie offre en effet des intermittences *complètes*, ce qui n'arrive guère dans l'hypochondrie. Il faut en outre distinguer le mode de rémission qui diffère en raison des périodes ; dans la première période de l'hypochondrie, on peut dire qu'il n'y a que des *distractions*, c'est le véritable mot ; dans la seconde période s'il y a des *intermittences*, elles ne sont que partielles, c'est-à-dire qu'elles n'ont rapport qu'aux organes névrosés, dont les douleurs peuvent être interrompues ; et à moins qu'elles ne coïncident avec les *distractions* mentales, l'intermittence n'est pas complète, puisqu'il y a encore des symptômes moraux. Pour ce qui est de la troisième période, chacun prévoit qu'il ne peut y avoir que des *soulagements* plus ou moins marqués.

La doctrine des crises, qui a tant exercé les esprits des anciens, n'est pas applicable à l'hypochondrie sous le rapport de sa durée, c'est-à-dire qu'aucun phénomène critique ne nous paraît pouvoir *juger* cette maladie, de telle sorte qu'il puisse parfois y mettre fin en totalité. Mais cette doctrine n'est pas à négliger dans l'étude des symptômes ; dans l'hypochondrie il y a, comme nous l'avons vu, des maladies secondaires inflammatoires et nerveuses ; ces maladies, il est vrai, ont ici un cachet de spécialité, et l'élément hypochondriaque modifie singulièrement leur marche ; cependant, il peut y avoir parfois un *molimen* soit hémorrhagique, soit sécrétoire ; c'est au médecin à l'observer et à en tirer tout le parti possible pour agir favorablement sur l'esprit des malades.

Il est temps de voir actuellement si les phénomènes de l'hystérie peuvent être ralliés aussi méthodiquement. Quoi qu'il en soit, après avoir décrit les symptômes de cette dernière maladie, nous résumerons ceux qu'on peut regarder comme caractéristiques, et nous les mettrons sur un tableau commun en regard des symptômes de l'hypochondrie.

C. *Symptomatologie de l'hystérie.*

§ XVIII. Nous avons distingué deux degrés dans le développement des phénomènes de l'hystérie ; et, bien que ces deux degrés soient marqués par des symptômes analogues, nous verrons qu'indépendamment de leur intensité et du nombre des organes qui en sont le siége, les symptômes qu'on peut appeler de réaction ont de plus, dans le second degré, un principe déterminant tout spécial et qu'on ne saurait méconnaître.

Pour l'hystérie, comme on le voit, nous ne nous servons plus du même langage que pour l'hypochondrie ; nous ne parlons plus de *périodes ;* et, en effet, pour qu'on puisse dire qu'une période s'établit et succède à une autre, il faut nécessairement que de nouveaux événements, que de nouveaux symptômes succèdent à ceux qui formaient la première, sans toutefois constituer une maladie nouvelle, c'est-à-dire, en conservant encore des analogies, ou mieux des rapports avec les précédents; ainsi ils en seront une des suites naturelles, ils resteront sous la dépendance des mêmes causes.

Avec des symptômes identiques, au contraire, on ne peut avoir que différents *degrés,* si ces symptômes sont susceptibles de se propager, de surgir d'organes nouveaux, ou même s'ils ne sont que susceptibles d'acquérir plus d'intensité. Ainsi, la brûlure, par exemple, présente des périodes et des degrés; des périodes, en ne considérant que la succession des symptômes de l'inflammation première, de la suppuration, de la cicatrisation, etc. ; des degrés, en ne considérant que l'intensité croissante des mêmes symptômes, suivant qu'ils résultent des désordres de la peau, du tissu

cellulaire sous-cutané, des muscles, etc., etc.

Dans l'hypochondrie, nous aurions pu peut-être observer, dans chaque période, des degrés plus ou moins marqués, si nous avions voulu tenir compte de toutes les nuances symptomatiques; mais nous avons trouvé trois périodes bien distinctes; la première marquée par un état moral particulier, et par de légers troubles fonctionnels; la seconde, par des névroses, névroses très-variées sans doute, mais toutes empreintes de la teinte hypochondriaque; la troisième, enfin, par des altérations organiques non moins variées que les névroses, mais comme elles soumises encore à l'élément hypochondriaque. C'étaient donc des périodes, puisque les symptômes, tout en exprimant trois ordres de lésions diverses, conservaient des analogies et restaient sous la dépendance générale des causes de cette maladie.

Dans l'hystérie, il n'y a plus que des degrés, et nulles traces de périodes; point de symptômes qu'on puisse rallier à divers genres d'altérations : ce sont toujours les mêmes phénomènes, qu'ils surgissent d'un ou de plusieurs organes, qu'ils se montrent successivement ou simultanément; lésions de sensibilité, lésions de contractilité, altérations légères de sécrétion. En dernière analyse, voilà tout; il n'y a rien de plus dans l'hystérie, et les phénomènes qui indiquent ces lésions peuvent se montrer et disparaître tout-à-coup, durer quelques minutes ou plusieurs jours, se montrer d'abord faibles pour acquérir progressivement plus d'intensité, ou même d'abord avec toute leur violence, pour diminuer ensuite graduellement. Voyons néanmoins les divisions des auteurs.

Nous ne devons pas nous arrêter sur certaines suppositions admises dans l'antiquité, par exemple, sur les mouvements qu'Arétée de Cappadoce attribuait à la matrice (*De causis et signis acut. morb.*, lib. II, cap. X). Cet auteur mentionne comme une circonstance ordinaire un état très-rare de nos jours, c'est-à-dire l'état de mort apparente, et dans lequel, suivant lui, la mort réelle peut arriver sans être précédée par un seul des signes qui l'annoncent ordinairement. On ne trouve dans sa description d'autre ordre symptomatique que la communication des phénomènes aux parties les plus excentriques, idée que nous verrons adoptée par la plupart des auteurs, parce qu'elle n'est pas tout-à-fait dénuée de fondement.

On sait que, dans des temps plus modernes, Willis a admis un autre mode de progression et qu'il a développé une théorie toute particulière à ce sujet. Chambon de Montaux n'a guère fait que commenter sous ce rapport les idées d'Arétée et d'Aétius.

Nous ne reviendrons pas sur les opinions de Sydenham, concernant les formes et la marche de l'affection hystérique : nous en avons parlé suffisamment au commencement de notre section des symptômes de l'hypochondrie; et d'ailleurs, dans sa dissertation, ou plutôt dans sa lettre sur cette maladie, Sydenham semble n'admettre aucune succession, aucun ordre dans les symptômes.

Astruc distingue trois *états* différents dans la passion hystérique. Après avoir établi 1° « Que » l'attaque commence toujours par quelque impression sourde, et par quelque mouvement » obscur que la malade ressent dans la matrice; » 2° que cet état est bientôt suivi d'un resserrement du col plus ou moins grand, qui fait que » la malade se plaint d'étrangler; 3° que la poitrine est en même temps resserrée par en bas » autour des fausses côtes, comme par un cercle » de fer; 4° enfin, qu'on sent dans le bas-ventre » comme une *boule* qui roule et qui se promène » dans différents endroits, tantôt plus grande et » plus molle, et tantôt plus petite et plus dure. » Astruc ajoute que, dans le premier état, il y a toujours les quatre symptômes dont il vient de parler, quoique faibles; « mais la connaissance, » dit-il, et le sentiment subsistent, de même que » la respiration et le battement du cœur et des » artères, avec quelque peine et quelque irrégularité que les différentes fonctions s'exécutent. »

On voit qu'ici Astruc a été en quelque sorte amené à donner le mot *état* comme synonyme du mot *degré*.

« Dans le second état, outre les quatre symptômes pathognomoniques qui sont plus marqués, la connaissance et le sentiment se perdant, toutes les parties du corps sont en » *souffrance*, et comme agitées par *différents* » *mouvements* convulsifs. Mais la respiration et le » pouls subsistent quoique faiblement, et avec » une plus grande irrégularité; ce second degré » du mal est plus rare.

« Enfin, dans le troisième *état*, les mouvements des parties cessent absolument; la respiration même et le pouls paraissent cesser aussi: » les malades restent immobiles, froides, sans » sentiment, sans connaissance, sans apparence » de respiration ni battement de cœur; enfin, » entièrement semblables à des mortes. Cet état » effrayant dure quelquefois assez long-temps... » Il est si semblable à la mort, qu'on s'y est » mépris. Ce dernier état du mal, qui est très-effrayant, est heureusement très-rare. » (*Mal. des femm.*, t. IV, p. 59.)

Cullen, après avoir décrit le type le plus commun de ce que l'on appelle accès hystérique, dit que les paroxysmes varient considérablement chez les différentes malades, et parfois chez les mêmes personnes en différents temps. Cet auteur a bien vu que les différences ne portent pas sur des caractères nouveaux, mais bien sur des symptômes *identiques*, c'est-à-dire, dit-il, sur le *degré de violence et sur la durée de l'accès* (1516, *Méd. prat.*).

A l'exemple d'Astruc, Pinel a établi trois *degrés* dans le développement des symptômes de l'hys-

térie. *Premier degré :* « Sentiment d'une boule » qui semble partir de la matrice, et faire refou- » ler vers l'estomac une chaleur plus ou moins » vive, ou un froid glacial, en se portant ensuite » au cou et en gênant plus ou moins la respira- » tion ; dépression et tension de l'abdomen, » quelquefois aussi gonflement comme dans la » poitrine, etc. »

Deuxième degré : « Dans les attaques d'hysté- » rie plus *intenses*, accroissement des symptômes » *précédents*..... Quelquefois, perte de connais- » sance, mouvements convulsifs des membres, du » tronc et de la tête. »

Troisième degré : « Dans les attaques portées » au plus haut degré, suspension presque absolue » de la respiration et de la circulation...... Mort » apparente et quelquefois réelle........ Mépri- » ses funestes par une inhumation trop précipi- » tée, etc. »

On remarque que Pinel, comme nous venons de le dire, a suivi exactement la division d'Astruc; ajoutons encore que, adoptant la pensée de Cullen, il ne voit dans les trois degrés qu'un accroissement progressif dans *l'intensité* des symptômes.

M. Louyer-Villermay a suivi Pinel pas à pas dans sa division de l'hystérie en trois degrés; seulement il a ajouté quelques symptômes peu importants, il a donné plus d'explications, et il a rapporté très au long des histoires de morts apparentes et d'inhumations précipitées, d'après Pline-le-Naturaliste, Lancisi, Vezale, et quelques autres.

Il est inutile de donner plus d'étendue à ces citations, elles suffisent pour montrer que, même en se trouvant opposés relativement à la nature et au siége de l'hystérie, les auteurs loin de dire, comme pour l'hypochondrie, que des scènes successives de symptômes variés et disparates en marquent le cours, les auteurs, dis-je, ont presque unanimement observé les mêmes symptômes ; les degrés qu'ils ont admis sont toujours fondés sur l'intensité variable de ces symptômes.

Des quatre phénomènes qu'Astruc avait signalés comme *pathognomoniques*, Georget en a retranché au moins deux, puisqu'il les regarde au contraire comme assez rares ; pour lui les attaques convulsives forment le seul phénomène caractéristique de l'hystérie.

Quoi qu'il en soit de ces diverses opinions, nous n'avons rien vu avancer de semblable touchant le cours de l'hypochondrie ; on parle bien de paroxysmes, d'exacerbations dans les symptômes des trois périodes, mais dans toutes les maladies les symptômes s'exaspèrent, soit par l'influence de nouvelles causes, soit sans cause appréciable, à une époque déterminée de la journée; il n'y a donc rien d'analogue, comme nous le verrons plus tard, avec les attaques convulsives décrites par Georget, et même avec les symptômes pathognomoniques d'Astruc.

Notre conclusion est facile à prévoir; nous avons voulu prouver, d'après les opinions émises sur l'hystérie, que dans la *marche* et dans le développement des symptômes de cette maladie, il n'y a toujours, bien qu'à des degrés différents, que des phénomènes exprimant des lésions identiques depuis l'invasion jusqu'à la fin des accès ; tandis que dans l'hypochondrie, les auteurs, qu'ils aient ou non écrit d'après des idées préconçues, ont trouvé et ont successivement exposé une foule de symptômes incohérents, sans pouvoir s'attacher à une série d'organes plutôt qu'à une autre.

Toutefois les phénomènes de l'hystérie offrent aussi quelque différence, puisque nous reconnaissons deux degrés dans cette affection ; mais rappelons encore que ces différences portent non sur le mode de succession et de développement, sous ce rapport on observe les plus grandes irrégularités, mais bien sous le rapport de l'intensité et spécialement du principe déterminant.

Georget n'avait distingué que le rapport d'intensité, et il s'était fondé sur lui seul pour admettre cette distinction, qu'il donne comme bien tranchée; une observation profonde et philosophique des faits nous a révélé une ligne de démarcation beaucoup plus précise et surtout beaucoup moins contestable.

Donnons quelques développements à ce sujet :

§ XIX. Notre division des phénomènes de l'hystérie en deux degrés est basée, d'une part sur l'intensité de la douleur, quel que soit son caractère et en quelque lieu qu'elle existe, et d'autre part sur le déplacement du principe déterminant des mouvements musculaires.

Si la douleur est modérée, comme le remarque Georget, les convulsions sont peu intenses; elles sont *commandées* par les douleurs et *déterminées* par la volonté. « Les malades, ajoute cet au- » teur, comparent elles-mêmes ce qui arrive » dans cette circonstance, à l'espèce de roidisse- » ment général que l'on oppose machinalement » à toute sensation douloureuse, vive et instan- » tanée.

« Ce qu'il y a de certain, poursuit Georget, » c'est que, dans ces attaques, ce ne sont en géné- » ral que les muscles employés dans les grands » efforts qui sont particulièrement mis en mou- » vement ; ce sont les muscles des membres, du » tronc, et quelquefois les élévateurs des mâchoi- » res, tandis que les petits muscles de la face sont » en repos, n'altèrent point les traits, et donnent » à la physionomie une simple expression de souf- » france. Les convulsions consistent en de grands » mouvements de flexion et d'extension qui dé- » notent une suractivité musculaire plutôt qu'un » état *morbide* véritable. »

Tels sont en effet, avec quelques autres bien moins importants, les caractères du premier degré de l'hystérie; ajoutons toutefois que, quelle que soit la violence des convulsions auxquelles nous

allons passer, il n'y aura pas plus d'état morbide dans les muscles convulsés que dans le premier cas; il y aura encore suractivité contractile; seulement il y aura bien plus d'intensité, et le point de départ *aura changé*. Examinons les faits.

« Chez les malades qui perdent complètement » la connaissance, reprend le même Georget, les » convulsions sont plus *intenses*, et se rapprochent » davantage de l'attaque épileptique. » Cet auteur ajoute plus loin quelques autres symptômes, mais ils appartiennent plutôt à l'épilepsie qu'à l'hystérie, ou du moins ils indiquent que, dans ces cas, il y avait complication des deux maladies; ce qui peut très-bien arriver.

Ainsi dans le second degré de l'hystérie, il y a intensité excessive des douleurs, et le principe déterminant des contractions musculaires n'est plus le même; celui qui succède est plus énergique, plus violent, plus déréglé, et incomparablement plus difficile à maîtriser que le premier.

Le premier était dans l'encéphale, non que là fût aussi le siége de la maladie, l'esprit ne faisait alors que céder à l'influence d'une douleur qui se faisait sentir ailleurs, mais le point de départ des grands mouvements de réaction existait là, et n'était autre que la volonté.

Nous ne chercherons pas ici à déterminer quels nouveaux agents viennent tout-à-coup mouvoir si violemment les muscles locomoteurs, lorsque les opérations de leur régulateur naturel, de l'entendement, sont en partie suspendues, et que la volonté est paralysée; il nous suffira d'abord d'en apprécier les effets. Ils sont, avons-nous dit, d'une violence extraordinaire; quelquefois la malade pousse subitement un cri aigu, sauvage, semblable, suivant quelques auteurs, au hurlement d'une bête féroce, et les convulsions sont bientôt portées au plus haut point. « Le tronc et les mem» bres, dit Georget, se fléchissent et se redressent » alternativement avec une telle force que cinq » ou six personnes ont peine à contenir la ma» lade, quand une seule suffirait hors le temps » des attaques. »

Quelle est donc la nature de ce nouveau principe qui communique tant d'énergie à un être si faible lorsqu'il règle lui-même ses mouvements?

Il faut en convenir, les moyens que la nature emploie, lorsqu'elle doit arriver ou lorsqu'elle cherche à arriver à un but déterminé, nous sont souvent inconnus; mais le but n'en existe pas moins, et ici il y en a un, on ne peut le nier; c'est le but de toute réaction symptomatique dans l'état morbide, c'est-à-dire, la neutralisation ou l'élimination d'un agent nuisible hors de l'économie. Mais quel est l'ordre de cette réaction? quel en est le principe? quel agent doit être éliminé ou neutralisé dans l'hystérie? nous l'ignorons complètement. Néanmoins, c'est un fait d'observation que toute douleur détermine, lorsqu'elle devient excessivement intense, des convulsions plus ou moins violentes.

Je sais qu'il serait difficile de trouver pour le cas qui nous occupe des comparaisons dont les termes fussent tout-à-fait analogues. Ainsi, il n'en est pas ici comme d'une inflammation locale développée autour d'une épine, inflammation *évidemment éliminatrice*; il n'en est pas de même comme de l'état de réaction générale connu sous le nom de fièvre, et qui n'est autre qu'un *consensus* général d'efforts éliminateurs. Toutefois si, dans le premier degré de l'hystérie, les mouvements musculaires suscités et dirigés par la volonté nous paraissent et sont en effet soutenus pour résister à un agent nuisible, la douleur, n'est-il pas naturel de penser que, dans le second degré de cette maladie, les mouvements convulsifs dépendent aussi d'une réaction de l'organisme, bien que cette réaction ne soit plus sous la dépendance de la volonté.

Assurément ces mouvements nous paraissent *désordonnés*, plus nuisibles qu'utiles aux malades, capables même, en certains cas, de causer à eux seuls leur perte; mais s'ils nous paraissent ainsi suscités par une force *aveugle*, c'est que nous ne connaissons ni cette force ni la raison de ses effets.

Dès que les opérations de l'intelligence humaine sont suspendues, dès qu'elle ne préside plus aux mouvements de l'organisme, ou que ces mouvements, naturellement en dehors des fonctions intellectuelles, suivent une marche insolite et à nous inconnue, nous nous croyons fondés à croire qu'il n'y a plus de puissance *directrice*, et que tout est perdu si la médecine ne vient *rétablir* l'ordre.

C'est une erreur qui tient à la faiblesse de nos connaissances et à la présomption de nos savants.

Dans l'état de santé, ne voyons-nous pas parfois ces prétendues anomalies conduire à un but évidemment salutaire? Cherchons-nous alors à nier ou même à révoquer en doute ce but salutaire vers lequel la nature nous dirige d'une manière si étrange? Non, sans doute, et nous allons le faire voir.

Nous avons vu tout-à-l'heure dans l'hystérie les mouvements musculaires soumis, dans le premier degré, c'est-à-dire, lorsque les douleurs étaient peu intenses, à l'influence de la volonté, tandis que dans le second degré les douleurs étant devenues atroces, il y avait perte de connaissance, et mouvements convulsifs évidemment suscités par un nouveau principe d'action, inconnu dans sa nature, mais capable de tripler et de quadrupler même les forces ordinaires de l'individu. Il en résulte que les mouvements ont trouvé leurs mobiles dans deux sources bien distinctes; les uns, dans la volonté, c'est-à-dire, dans l'intelligence; les autres, dans un principe éminemment énergique, c'est-à-dire, dans le principe de toute réaction organique : eh bien! je le demande, ne voyons-nous pas un ordre de choses tout-à-fait

analogue dans les phénomènes instinctifs, dans ces séries de mouvements et même d'actions à l'aide desquelles l'homme, ou veille lui-même à la conservation de sa vie, ou obéit à une force qui veut la lui conserver ? En effet, et je ne vais répéter ici que ce que j'ai dit ailleurs (1), qu'un danger ordinaire le menace, c'est son intelligence qui lui inspire des moyens de salut, qui hâte et règle ses mouvements ; en un mot, qui *se charge* de le soustraire à ce danger. Aussi l'homme intelligent l'emporte-t-il sur l'homme médiocre dans ces moments critiques ; mais qu'un affreux péril bouleverse tout-à-coup son entendement, qu'il anéantisse toutes les forces de son âme, il serait perdu, si, par une prévoyance admirable de la nature, il n'existait en lui, et comme en réserve, un autre principe de déterminations, un principe tout organique, tout puissant, qui ne raisonne pas, mais qui agit, qui ne crie pas à l'homme de se sauver, mais qui le pousse en arrière et l'arrache à la mort. C'est le principe des actions instinctives, principe commun à l'immense chaîne des êtres organisés, mais dont l'homme civilisé n'offre guère que des vestiges, parce que son intelligence, en se perfectionnant, tend sans cesse à effacer et à faire disparaître tout ce qu'elle a d'analogue avec les classes inférieures.

Si donc, dans les grands efforts de la nature chez l'homme malade, nous ne reconnaissons ni nos moyens, ni nos règles, ni nos lois ; si les expressions symptomatiques des maladies nous paraissent alors ou étranges ou désordonnées, nous nous hâtons de leur refuser une force directrice, c'est que nous ne savons pas les comprendre, n'en accusons que nous-mêmes. Rien de plus différent que la voix de l'intelligence et celle de la puissance vitale ; pour s'en faire une idée, il n'est pas même besoin de recourir aux divers états morbides. Écoutez le cri distinct et articulé de l'homme qui mesure un danger et qui appelle ceux dont il espère un prompt secours, c'est le cri de la raison ; il est accentué et soutenu par l'intelligence : aussi va-t-il éveiller tous ceux qui ont vécu en société avec lui. Écoutez, au contraire, le cri de ce même homme, lorsqu'un affreux danger a frappé de stupeur et aboli son intelligence, c'est le cri sauvage de la puissance vitale ; il est perçant, douloureux, terrible ; non-seulement il va droit au cœur de tous les humains, mais, comme l'a remarqué un naturaliste profond, les animaux eux-mêmes ne peuvent l'entendre sans terreur.

Ceci est devenu une digression. Reprenons l'examen de nos deux maladies. Dans l'histoire symptomatique de l'hypochondrie, nous n'avons rien vu de semblable aux phénomènes des deux degrés de l'hystérie. L'affection était grave, sans doute, et d'autant plus grave qu'on ne pouvait guère, espérer de la voir s'amender par le bénéfice des progrès de l'âge ; mais dans aucune période les symptômes ne s'élevaient aux violentes perturbations des phénomènes hystériques ; nous avons déjà donné une idée de cette violence, et nous y reviendrons encore ; car, en vérité, plus on y songe, et plus on serait tenté de demander, en employant le langage et la manière de raisonner de Roussel et de M. Louyer-Villermay, comment il se fait qu'une maladie si peu *analogue* avec la constitution de la femme lui soit réservée ; comment il se fait que des efforts physiques si puissants et si difficiles à dompter soient commandés à des membres dont les formes sont si douces et les contours si gracieux ? Quoi qu'il en soit de cette atteinte portée à la philosophie des causes finales, entrons dans l'examen du premier degré de l'hystérie, et apprécions les nombreuses différences qui se montrent entre ses symptômes et ceux de l'hypochondrie.

§ XX. *Premier degré.* Ce que nous avons déjà dit de notre division en deux degrés suffit pour montrer qu'ils ne sont pas constitués arbitrairement par une ligne de démarcation équivoque, comme le sont la plupart des divisions systématiques, puisque, indépendamment de l'intensité de tous les symptômes, le point de départ des convulsions change complètement dans le second degré.

Tous les auteurs conviennent que, peu de temps avant le développement de l'accès, les femmes éprouvent des variations remarquables dans leurs habitudes morales ; qu'elles sont en proie aux idées les plus tristes ; qu'elles recherchent la solitude, etc. On croira peut-être ici reconnaître quelque analogie avec les premiers phénomènes de l'hypochondrie : il ne sera pas difficile de prouver qu'il n'y a rien de semblable alors. Dans l'hypochondrie, la tristesse est *raisonnée ;* elle est le fruit de longues méditations faites par le malade sur les maux qu'il a éprouvés ou sur tous les maux qu'il *croit* devoir redouter ; aussi sa tristesse est-elle continue, monotone, et rarement interrompue par quelques éclairs de gaieté ; la présence du médecin, s'il a confiance en lui, peut seule amener quelque sécurité dans son esprit ; à mesure que le médecin lui parle, on voit sa physionomie devenir moins sombre ; et s'il reprend de l'espoir, ses maux réels eux-mêmes ne tarderont pas à diminuer. Les grands maîtres de l'art, et Baglivi en particulier, ont senti toute l'importance de ces effets ; nous y reviendrons plus au long dans la section de cet ouvrage consacrée au traitement de l'hypochondrie.

Dans l'hystérie, au contraire, soit comme préludes, soit comme symptômes critiques, les pleurs et les éclats de rire sont des phénomènes nerveux ; ils n'indiquent en aucune manière l'état de

(1) *De l'Instinct et des Déterminations instinctives dans l'espèce humaine ;* mémoire lu à l'Académie royale de médecine.

l'âme ; ces deux genres de symptômes sont *forcés*, *automatiques*, organiques, et n'ont pas plus de valeur l'un que l'autre. « La malade, dit Sydenham, n'est, en aucune façon, maîtresse d'y » résister. » « Ces femmes, ajoute Astruc, fon- » dent en larmes *sans sujet*, et quelquefois elles » poussent des éclats de rire encore moins rai- » sonnables. » M. Louyer-Villermay dit la même chose, et Georget avoue que l'état de malaise, de tristesse, de désespoir ou de gaieté, dans lequel se trouvent les malades, est *forcé*. Tantôt, en effet, il y a un tel besoin de pleurer, que le visage est inondé de larmes, et tantôt on observe un rire convulsif qui va jusqu'à des menaces de suffocation.

Il résulte de ces remarques que dans l'hypochondrie ces expressions symptomatiques indiquent toutes les nuances d'une véritable situation morale, c'est-à-dire, les diverses pensées qui agitent l'intelligence des malades, tandis que dans l'hystérie le point de départ n'est pas le même les effets sont même parfois en opposition avec le principe pensant, de telle sorte que la malade est effrayée des violents éclats de rire qu'elle est forcée de pousser, et dont elle voudrait voir la fin.

§ XXI. Indépendamment des deux degrés que nous avons établis et qu'il n'est plus possible de méconnaître, on peut encore, pour plus de clarté, diviser en deux séries tous les symptômes qu'on observe, soit dans le premier degré de l'hystérie, soit dans le second. Dans la première série, nous plaçons 1° les sensations anormales qui ont lieu dans les organes de la vie animale ; 2° les mouvements insolites des muscles locomoteurs.

Dans la seconde nous plaçons 1° les sensations anormales qui se passent dans une ou dans plusieurs des cavités splanchniques ; 2° les mouvements insolites des plans musculeux des viscères qui y sont contenus.

Première série. Les malades, dit Georget, éprouvent une demi-heure, une ou plusieurs heures, quelquefois un ou plusieurs jours d'avance, des pesanteurs dans les membres, des engourdissements, des frissons, un froid glacial, des inquiétudes, des impatiences, un besoin de les exercer, de courir, de sauter, etc. Dès que l'attaque commence, ces sensations acquièrent une grande vivacité, mais presque toutes ont lieu alors dans les cavités splanchniques.

Les mouvements insolites des muscles locomoteurs se réduisent, avant l'accès, à quelques contractions spasmodiques légères, les autres muscles soumis à la volonté sont également agités par des contractions fréquentes et désordonnées. Mais, pendant l'accès, les grands muscles de la locomotion deviennent le siége de mouvements considérables et continuellement répétés, soumis dans le premier degré à l'empire de la volonté, mais soustraits dans le second à son influence, comme nous l'avons dit, et alors portés à un point de violence extraordinaire.

Deuxième série. Sensations anormales dans les cavités splanchniques, mouvements insolites dans les plans musculeux des vicères qui y sont contenus : vomissements annonçant parfois que les convulsions sont bornées à l'estomac ; quant à l'utérus, ses convulsions n'ont été observées par mon ami et compatriote A. C. Baudelocque que pendant ou immédiatement après le travail de l'enfantement. Georget, qui n'était pas lui-même à l'abri des effets d'une idée systématique adoptée *à priori*, a commencé sa description de l'état convulsif par un tableau de toutes les douleurs que les malades souffrent *dans la tête*; il semble à ces malades, dit-il, que l'on *comprime cette partie avec une enclume*; à d'autres, qu'on la *brise à grands coups de marteau*, etc. Et ici Georget, qui se réservait de prouver que le point de départ de l'hystérie est dans le cerveau, est en opposition avec la grande majorité des auteurs, qui donnent comme premiers phénomènes de l'accès hystérique *une impression sourde* ou un *mouvement obscur* dans la région de la matrice, et le sentiment d'une *boule* qui semble partir de la matrice et se diriger vers le cou ; il en résulte que, toujours inspiré par la même idée, Georget a accumulé, *autant qu'il l'a pu*, les symptômes qu'on est porté à regarder comme cérébraux.

Il y a donc deux choses à examiner ici : 1° les premiers phénomènes surgissent-ils de la région occupée par l'utérus ? 2° les phénomènes hystériques les plus saillants dépendent-ils d'une affection de l'encéphale ou d'une affection de l'utérus ? Pour savoir si les premiers phénomènes des attaques convulsives de l'hystérie ont plus fréquemment lieu dans la région hypogastrique que partout ailleurs, il est besoin d'un nombre immense d'observations, nous devons donc nous en rapporter aux auteurs. Or, sous ce rapport, ou Georget n'aurait cité que des cas exceptionnels, ou presque tous les observateurs qui l'ont précédé, et quelques-uns de ceux qui l'ont suivi, auraient mal observé. Ainsi, en admettant un égal degré de bonne foi littéraire, on est porté à croire que la matrice, dans le plus grand nombre de cas, est, au début de l'attaque, le siége ou le point de départ de sensations diverses.

Personne ne s'avisera de nier, sans doute, qu'une foule de symptômes observés dans les accès hystériques ne soient la suite ou l'expression d'un état anormal de l'axe cérébro-spinal ; mais reste à savoir ensuite si cet état est idiopathique, comme le soutient Georget, ou sympathique et déterminé par l'état anormal du système utérin, comme le pensent les auteurs.

Il y a encore d'autres dissidences, 1° entre ceux qui ont localisé l'hystérie dans le sens de Lepois, Willis et Georget ; les uns prétendent en effet qu'il s'agit alors d'une irritation vasculaire ; les

autres au contraire d'une simple manière d'être nerveuse. 2° Entre ceux qui ne voient d'autre foyer que l'utérus : le uns soutiennent que cet organe est enflammé chroniquement, les autres, qu'il est simplement névrosé. Pour résoudre des questions de cette nature, on n'a pas manqué de dire que le médecin doit interroger tous les organes et chercher *ainsi* la vérité de bonne foi. Mais cette manière de procéder, toute rigoureuse qu'elle paraît, n'est pas sans difficultés, puisqu'il est beaucoup de cas, et l'hystérie nous semble en faire partie, où les organes ne peuvent être interrogés directement, mais bien par la seule appréciation des symptômes.

Mais ceci sera traité dans un autre lieu. Revenons à la marche symptomatique : que ce soit par le fait de la contraction des plans charnus des viscères, ou par les contractions successives des muscles de l'abdomen et du cou, comme l'expliquent Willis et Georget, il est constant que chez le plus grand nombre des malades une espèce de *boule* semble partir de l'hypogastre, et quelquefois de l'épigastre, pour traverser la poitrine de bas en haut.

Selon Chambon, Willis avait parfaitement développé la théorie de ce mécanisme (*Malad. des filles*, t. II, p. 179). Mais il admettait comme cause prochaine une prétendue dégénérescence dans les esprits animaux. On sait que, dans l'antiquité, quelques médecins faisaient voyager la matrice depuis le lieu qu'elle occupe jusqu'à la gorge ; cependant ils n'attribuaient pas à ce déplacement la gêne de la respiration accusée par les hystériques. « Il ne faut pas en chercher la cause » dans la nouvelle position de la matrice, dit » Arétée, puisque les hommes peuvent éprouver » ce symptôme, et qu'on l'observe dans les affec- » tions comateuses. »

Cette idée, émise par Arétée, est remarquable, mais ce médecin paraît avoir confondu la constriction hystérique avec le stertor, comme M. Louyer-Villermay l'a confondue avec le resserrement pharyngien, sensation pénible que beaucoup de personnes éprouvent lorsqu'elles sont vivement affectées par quelque passion triste ; ce resserrement a pour effet d'empêcher le passage des aliments de la bouche dans l'œsophage, et il est très-fréquent chez les hypochondriaques.

C'est pour éviter ces fausses analogies, comme le dit Baglivi, qu'il importe de bien analyser ces diverses sensations. Les auteurs n'ont pas constaté, dans le cours de l'hypochondrie, des symptômes identiques à ceux que nous venons d'exposer. On a trouvé chez les hypochondriaques une gêne plus ou moins marquée dans la respiration, mais point de véritable constriction hystérique. Georget a pris acte de l'aveu de M. Louyer Villermay, concernant le globe hystérique, parce qu'ayant établi que les accidents hystériques dépendaient d'une *encéphalie spasmodique*, il avait besoin de symptômes identiques dans les deux sexes.

Mais, avec plus de philosophie, on aurait tenu compte d'une observation singulière relative aux hypochondriaques : c'est que rien n'est plus facile que *de faire* naître chez eux les symptômes les plus invraisemblables. Dites à un hypochondriaque dont la respiration est gênée par des palpitations ou par toute autre cause, qu'il doit probablement éprouver le sentiment d'une boule qui remonte vers la gorge, et le lendemain peut-être il la sentira *distinctement*.

On n'a nullement prouvé que des hypochondriaques, privés de toute lecture de livres de médecine et de conversations médicales à ce sujet, aient décrit d'eux-mêmes et invariablement, comme le font les femmes hystériques, le trajet et les sensations produites par cette espèce de boule. M. Louyer-Villermay ne la fait partir, chez les hommes, que de l'épigastre ; il aurait pu la faire partir de tout autre lieu, car les hypochondriaques se prêtent à tout.

Dans la gastro-entérite on observe parfois un symptôme remarquable, regardé pour un temps, par les auteurs, comme une maladie nerveuse spéciale, à laquelle ils donnaient le nom de pyrosis ; c'est une sensation de chaleur plus ou moins vive qui part de l'abdomen, et qui se propage le long de l'estomac et de l'œsophage jusqu'à la gorge ; elle excite même alors une sorte d'expuition comme dans l'hystérie. Tel était sans doute le cas de ce soldat qui, étant affecté d'une gastro-entérite, disait à M. Casimir Broussais qu'il sentait comme une boule partir de l'abdomen, et remonter jusqu'au haut de la poitrine.

Georget, avons-nous dit tout-à-l'heure, avait besoin de symptômes identiques dans les deux sexes, et il s'est fondé sur l'aveu de M. Louyer-Villermay, pour avancer que le globe hystérique existe quelquefois chez l'homme.

M. Casimir Broussais a été plus loin : chacun sait que, pénétré des idées de son père, il les a adoptées toutes sans exception ; or, son père avait émis, sous forme de proposition, c'est-à-dire comme un aphorisme incontestable, l'assertion suivante : « L'hystérie paraît être rattachée à la même cause » que l'hypochondrie, qui n'est qu'une gastro- » entérite agissant sur le cerveau. » Donc il entrait dans les idées de M. Casimir Broussais de prouver que, non-seulement le globe hystérique peut exister chez l'homme, mais qu'il est l'effet d'une gastro-entérite, et il a trouvé un soldat affecté de cette dernière maladie, qui sentait aussi remonter dans sa poitrine le globe hystérique.

Georget a eu tort de dire que les auteurs ont considéré sous le même point de vue : 1° les mouvements de la matrice ; 2° les vapeurs malignes ; 3° le globe hystérique. Les mouvements de la matrice étaient supposés réels, puisqu'on ne trouvait d'autre moyen de faire cesser les accidents que

de rappeler l'utérus à sa place par des odeurs agréables.

Il en était de même des vapeurs qui s'élevaient de l'utérus comme d'un foyer commun : on croyait à leur existence ; mais, pour ce qui est du globe hystérique que Georget nomme *boule mystérieuse*, les auteurs ne désignaient sous ce nom qu'un mode particulier de sensation ; et lorsqu'ils ont cherché à l'expliquer, ils ne se sont pas avisés de supposer qu'une boule pût exister dans l'abdomen et s'élever jusqu'au cou.

§ XXII. Second degré. Le second degré de l'hystérie offre encore moins d'analogie que le premier avec l'hypochondrie ; si même son diagnostic différentiel est important, c'est moins pour faire distinguer l'hystérie de l'hypochondrie que de l'épilepsie, dont parfois elle imite la violence tétanique.

En effet, les points de contact entre l'hypochondrie et l'hystérie sur lesquels ont voulu s'appuyer les partisans de l'identité de ces deux maladies, n'ont jamais compris que des phénomènes vagues, peu marqués et insignifiants : l'hypochondrie peut attaquer les femmes ; il en résulte que ses phénomènes ont pu se mêler à ceux de l'hystérie, et qu'on a pu alors arbitrairement les confondre pour en former une seule maladie *très-variée*, *très-incohérente*, *un Protée*, *un caméléon*, etc.

Mais comme l'hystérie se montre souvent chez les femmes à un degré tel qu'il est impossible de trouver des attaques semblables chez les hommes, on a été obligé de recourir à d'autres suppositions, de ne voir dans les accès violents d'hystérie qu'un mélange de symptômes hystériques et épileptiques. « Cependant, les personnes un peu » excercées dans l'étude de ces deux maladies, » dit Georget, ne peuvent pas se tromper, en » observant les paroxysmes convulsifs de l'une » et de l'autre ; on les distingue chez un même » individu et dans une même attaque. »

L'observation citée par M. Louyer-Villermay (page 6), n'offre que quelques symptômes analogues à ceux de l'hystérie ; et d'ailleurs, ce sujet qui avait perdu deux de ses frères par des convulsions, n'éprouva qu'une seule attaque, et dans cette attaque, il y eut perte complète de connaissance et de mémoire.

L'observation d'Hoffmann est encore plus équivoque. Le jeune homme dont il parle était plutôt affecté d'une maladie qui répond chez les femmes à la fureur utérine, qu'à l'hystérie.

Quoi qu'il en soit, comme il n'est pas précisément de notre sujet de chercher à prouver que *tous* les symptômes hystériques sont exclusifs à la femme, mais bien que l'hystérie est une maladie parfaitement distincte de l'hypochondrie, nous ne pousserons pas plus loin l'examen de cette question, qui d'ailleurs nous entraînerait trop loin.

Les phénomènes caractéristiques du second degré de l'hystérie, tels que nous les concevons, ne sauraient être confondus, venons-nous de dire, avec ceux de l'hypochondrie ; il y a bien dans l'hypochondrie des espèces d'exacerbations et de paroxysmes, mais en quoi consistent ces exacerbations et ces paroxysmes cités par les auteurs ? Les exacerbations, disent les auteurs, sont marquées par des augmentations de souffrances, par des chaleurs et des douleurs de tête, l'injection des capillaires de la face, de l'oppression, des chaleurs et des spasmes dans le ventre. Ces paroxysmes durent des *semaines entières ;* il y a alors des souffrances plus vives que de coutume, etc. Voyons maintenant ce qui se passe dans l'accès hystérique porté au second degré, c'est-à-dire lorsque l'axe cérébro-spinal réagit fortement, circonstance qui n'arrive jamais dans l'hypochondrie :

Bien que la malade ne dirige plus l'action des muscles soumis auparavant à sa volonté, qu'elle ne soit plus maîtresse des réactions, la perte *complète* de connaissance n'a pas ordinairement lieu ; les perceptions mentales restent souvent intactes ; un profond sentiment de constriction se fait sentir dans l'abdomen, s'élève vers la poitrine, et s'arrête vers la région du cou, qui semble se tuméfier ; la malade pousse des cris aigus, et presqu'aussitôt tous les grands muscles entrent en convulsion. Lorsqu'il n'y a aucune complication épileptique, la figure prend des expressions variées, mais elle ne devient pas violette ; les mâchoires sont fortement serrées ; les carotides battent souvent avec force, et les veines jugulaires sont énormément gonflées ; l'abdomen est *plus souvent* gonflé que rétracté ; les mouvements convulsifs sont brusques, énergiques et très-étendus ; les battements du cœur tumultueux et forts ; souvent ceux des radicales restent dans une disproportion remarquable. La durée de ces attaques est ordinairement de quelques heures ; les malades conservent presque toujours la conscience de ce qui s'est passé pendant l'accès ; souvent même lorsqu'elles paraissaient avoir perdu complètement connaissance, elles avaient tout entendu sans pouvoir répondre ni manifester aucun signe d'intelligence. Après l'accès elles se sentent brisées, épuisées, leurs membres sont douloureux, et elles sont couvertes d'une sueur abondante.

Les douleurs dont elles se plaignent alors viennent plutôt des membres que des viscères contenus dans les cavités splanchniques, ce qui infirmerait l'assertion de Georget, que le trouble qui se passe dans les viscères thoraciques et abdominaux est presque toujours *le résultat* des spasmes auxquels les muscles du tronc sont en proie. Rien ne paraît en effet moins probable que cette circonstance puisque, 1° avant les grandes convulsions, les malades se plaignent déjà de douleurs ou de constrictions dans l'abdomen ; 2° il y a plus souvent gonflement que rétraction du ventre ; et enfin, les mouvements musculaires des parois thoraciques et abdominales ne peuvent avoir que des ef-

fets peu marqués sur les viscères contenus dans ces cavités.

Nous avons à peine parlé de l'état moral dans l'intervalle des attaques ; il est très-différent de l'état moral propre à l'hypochondrie. Les malades sont d'une susceptibilité extrême ; leurs idées sont très-variées ; elles peuvent quelquefois concevoir de vives inquiétudes sur leur santé, mais ces inquiétudes ne font que passer. On les voit dans un même jour pleurer leur mort, et s'abandonner à une joie immodérée. Ces malades ont l'imagination vive et variable ; si, cependant, les attaques prennent le caractère épileptiforme, leur intelligence finit par s'altérer et leur mémoire s'affaiblit.

Dans l'hypochondrie les malades sont aussi susceptibles, mais seulement en ce qui regarde leur santé ; leurs idées sont monotones, elles roulent invariablement sur toutes les sensations qu'ils éprouvent ; leurs inquiétudes sont continuelles ; la joie des autres les blesse ; ils n'ont d'imagination que pour la peinture de leurs maux ; leur intelligence se rétrécit parce qu'elle ne sort pas des limites d'une idée exclusive ; quant à leur mémoire, il suffit de parcourir leurs lettres consultatives pour voir qu'elle ne les abandonne jamais, et qu'aucun autre malade ne serait capable d'écrire une histoire plus détaillée et plus minutieuse de sa vie.

§ XXIII. Syncopes, morts apparentes. Nous n'avons pas voulu donner comme caractères différentiels de l'hystérie, et encore moins comme dernier degré de cette affection, ces états de mort apparente dont parlent tant d'auteurs, parce que, d'une part, rien n'est plus rare, au rapport des bons observateurs, et d'autre part, parce qu'un nouveau degré ne pouvait être fondé que sur une intensité plus grande dans les phénomènes de réaction ; or, alors tout paraît anéanti. Ces circonstances ne peuvent arriver, sans doute, que lorsque les réactions de la vitalité ont totalement épuisé la somme d'influx nerveux qui produit les mouvements. Dans le second degré de l'hystérie nous avons déjà vu que la puissance vitale semblait soustraire, momentanément, les fonctions locomotrices à l'empire de la volonté ; qu'il ne restait à l'entendement que les perceptions comme moyen de relation avec ce qui nous environne ; de telle sorte que les malades, privées en apparence de tout sentiment pendant l'accès, ont cependant la connaissance de tout ce qui se passe près d'elles.

L'énergie de la volonté, à quelque point qu'elle soit montée, peut bien, en produisant de grands mouvements musculaires, user assez d'influx nerveux pour que le repos devienne nécessaire, indispensable même, afin de réparer ces pertes, mais elle ne saurait aller au-delà des limites ordinaires des forces de l'individu, tandis que la puissance vitale *use* rapidement, dans les violentes convulsions qu'elle produit, ce même influx nerveux. Aussi, après ces sortes d'accès, les femmes hystériques sont-elles comme anéanties, et c'est alors qu'elles peuvent rester, suivant les auteurs, dans un état de mort apparente. Ce qui prouve que l'influx nerveux destiné aux mouvements musculaires est seul épuisé, c'est qu'il peut arriver que les propriétés de la vie organique persistent encore alors dans toute leur plénitude. La couleur de la peau, dit Arétée, est toujours animée, les yeux conservent de l'éclat, etc. Dans l'observation du Journal des savants de 1745, le corps de la femme dont il est question resta huit jours sans offrir le plus léger signe d'altération.

« Pourquoi les forces vitales, dit Bichat, sont-
» elles encore quelque temps permanentes dans
» la vie interne, tandis que dans la vie externe
» celles qui leur correspondent se trouvent subi-
» tement éteintes? C'est que l'action de sentir et
» de se mouvoir organiquement ne suppose point
» l'existence d'un centre commun ; qu'au con-
» traire pour se mouvoir et agir animalement,
» l'influence cérébrale est nécessaire. » Ici il y aurait encore à ajouter à l'idée de Bichat, mais nous ne développerons ce point de doctrine qu'à l'article de la nature essentielle.

Quoi qu'il en soit de ces états de mort apparente et de ce qui a lieu alors, rien d'analogue ne s'observe dans le cours de l'hypochondrie ; les fonctions cérébrales sont presque toujours dans une situation pénible et qui ne doit pas être sans influence, sans doute, mais cette influence ne porte jamais, comme dans l'hystérie, sur des aberrations de l'influx nerveux de la vie animale. Ce sont les fonctions purement mentales qui sont essentiellement affectées et non les fonctions locomotrices. Plus tard les souffrances physiques attristent l'âme, mais, n'ayant aucune action par leur nature sur l'influx nerveux, elles ne produisent ni convulsions, ni paralysies, ni morts apparentes. Bien plus, la somme d'influx nerveux ne souffre aucune perte ; l'hypochondriaque n'ose en faire usage ; il se croit accablé, anéanti, mais si quelque danger plus imminent que ses maladies le pressait tout-à-coup, on le verrait déployer les plus grands efforts. C'est le cas des malades affectés de monomanie nostalgiaque ; ils peuvent à peine marcher tant qu'ils sont sans espoir de revoir leur terre natale, mais mettez-les sur la route de leur pays, ils retrouveront toute leur énergie et toutes leurs forces.

§ XXIV. Nous avons recherché plus haut si on pouvait établir des variétés dans l'hypochondrie, et nous avons vu que les auteurs avaient pris les diverses périodes de cette maladie pour autant de variétés.

Dans l'hystérie, même erreur ; nous ne parlerons pas des *espèces* de Sauvages, regardées comme des *variétés* par Cullen, c'est-à-dire de l'hystérie *chlorotique*, *ménorrhagique*, *stomachique*, *libidi-*

neuse, etc. ; Sauvages a voulu former des espèces hystériques en raison de certaines causes, ou de certaines complications, et Cullen n'aurait pas dû les considérer comme des variétés. Mais examinons les bases sur lesquelles M. Louyer-Villermay a établi ses deux variétés de l'hystérie, variétés qu'il propose d'appeler *hystéricisme* et *hystérie épileptiforme*. « L'hystéricisme, dit-il, est une affec-
» tion nerveuse qu'on observe surtout chez les
» jeunes personnes de douze à quinze ans, dont
» la constitution commence à se développer, et
» chez qui l'éruption menstruelle se prépare, mais
» n'a point encore eu lieu. L'utérus semble alors
» exercer une réaction plus ou moins sensible sur
» le reste de l'économie, et spécialement sur le
» système nerveux général. »

Il est évident que jusqu'ici l'hystéricisme n'est nullement défini ; on peut bien soupçonner dans quels cas il se montre, et à quelle occasion, mais on ne voit pas en quoi il diffère de l'hystérie ordinaire, qui comprend déjà toutes ces circonstances, et qui est aussi une affection nerveuse, même suivant cet auteur.

Pour appuyer son opinion, M. Louyer-Villermay rapporte deux exemples d'hystéricisme (75).

Dans le premier il n'y avait *aucun* symptôme d'hystérie, à l'exception d'une sorte de resserrement vers la gorge, symptôme pathognomonique suivant Astruc, insignifiant suivant Georget ; mais, dans tous les cas, incapable de constituer, avec des palpitations nerveuses, une variété de l'hystérie.

Le second exemple d'hystéricisme est moins équivoque sous le rapport des signes hystériques ; on remarquait de la dyspnée, de légers mouvements convulsifs dans les membres, revenant par attaque trois ou quatre fois par jour ; c'était donc une hystérie ordinaire peu grave, et qui ne s'élevait pas au second degré.

M. Louyer-Villermay a cité, comme exemples d'hystéricisme, quelques jeunes personnes chez qui l'éruption menstruelle n'avait pas encore eu lieu, mais il a trouvé ses modèles d'hystérie épileptiforme parmi des femmes qui, selon elles et selon lui, car il les en croyait sur parole, ne pouvaient *supporter* la continence ; il a vu leurs maladies céder aux plaisirs de l'amour ; ce sont ses expressions (p. 82), et si la femme qui fait le sujet de la seconde observation, a fini par éprouver de l'amélioration, bien qu'elle ait renoncé à *tout commerce amoureux*, il en trouve bravement la raison dans l'opinion de la malade, *qui lui avoue ingénuement que son tempérament s'affaiblit depuis qu'elle ne fréquente plus la société des hommes* (p. 85) !

Il est bien facile de voir qu'il s'agit ici uniquement d'une différence plus ou moins grande dans l'intensité des symptômes hystériques, conséquemment de divers degrés d'hystérie, et non de variétés. Quant aux causes que M. Louyer-Villermay attribue à ces variétés, elles ne sont rien moins que prouvées, et en cela il a été conduit par ses idées ordinaires sur la causalité de cette maladie ; nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit à ce sujet dans notre section de l'étiologie.

§ XXV. Crises. Il a été prouvé par nous que, dans l'hypochondrie, il ne pouvait y avoir que des crises partielles, parce que les affections secondaires pouvaient seules être *jugées*, tandis que l'élément hypochondriaque qui les avait suscitées et entretenues, rentrant dans le domaine des actes sensoriaux, paraissait affecter une permanence funeste. Nous n'avons pas trouvé dans ce principe, en effet, les caractères d'une réaction organique; peut-être parce que, essentiellement parlant, il avait trop peu de rapports avec les organes ; quoi qu'il en soit nous n'avons constaté que des crises partielles, et cela nous a paru une des conséquences de cette proposition du professeur Cayol, que « la
» réaction de l'organisme peut être générale ou
» locale. » (*Revue méd.*, mai 1829.)

Bien que l'hystérie soit une maladie apyrétique, comme les centres nerveux paraissent concourir à la production des phénomènes de réaction, et conséquemment la rendre générale, il peut survenir des crises, la maladie peut se juger.

On peut admettre les *résultats critiques* sans être forcé pour cela d'accepter les jours ou les nombres critiques. Dans la doctrine des crises elle-même, cette différence est établie ; on dit que telle maladie se juge ordinairement en un certain nombre de septenaires de jours ou de semaines, etc., tandis que telle autre se juge à des époques indéterminées.

L'hystérie s'est quelquefois jugée après un seul accès, d'autres fois après un grand nombre d'attaques. Au rapport des auteurs, presque tous les modes de crises lui seraient propres. Ainsi, on l'aurait vue terminée par des sécrétions diverses, par des sueurs, des diarrhées, de urines abondantes, etc.

Les urines claires et limpides, si fréquentes dans le cours de l'hystérie, ne paraissent pas avoir des effets bien marqués sur la durée de cette maladie ; les auteurs en parlent plutôt comme d'un phénomène ordinaire dans les différents degrés. On sait que ce symptôme est regardé par Sydenham comme inséparable de l'hystérie, mais il n'est pas constant, et on le remarque dans d'autres maladies.

L'évacuation vaginale a été regardée par une foule d'auteurs comme un phénomène critique de l'hystérie, parce qu'elle a lieu, selon eux, à la fin de chaque attaque, ce qui n'est pas exact, et Georget dit avec raison que c'est une allégation sans preuves, qui n'a pas besoin de réfutation.

M. Louyer-Villermay prétend, de son côté, et cela se conçoit avec ses idées sur les effets de la continence, que l'hystérie se juge *le plus ordinairement* par la sécrétion du mucus vaginal.

Il m'aurait été très-facile d'admettre cette

dernière assertion comme un caractère différentiel de plus entre l'hypochondrie et l'hystérie, puisque l'hypochondrie n'a pas donné lieu à des suppositions de ce genre; mais l'intérêt de la vérité me porte à la rejeter complètement. Sans doute il peut y avoir altération de sécrétion de la muqueuse vaginale; mais cette sécrétion, plus abondante que de coutume, surtout si elle est provoquée, ne peut avoir d'autre effet que d'aggraver les symptômes hystériques, puisqu'elle-même n'est que le résultat de la surexcitation de l'appareil utérin. Il s'établit alors un cercle vicieux. L'irritation génitale peut, comme irritation locale et comme irritation nécessairement suivie d'un certain collapsus, mettre fin à un accès, *paroxysmum solvere;* mais elle en prépare d'autres qui, si on a recours à ce même moyen, deviendront encore plus violents, et pourront enfin se compliquer de ce délire des sens, connu sous le nom de nymphomanie.

Non-seulement Astruc a admis comme constante cette sécrétion, qu'il croit avoir lieu dans la matrice, mais il ajoute qu'elle produit une humeur, tantôt blanchâtre, tantôt grisâtre et tantôt sanguinolente; il explique encore la raison de ces différences: « La matrice, dit-il, exprime cette » humeur de ses vaisseaux laiteux ou de ses glan» des muqueuses; elle est blanchâtre quand elle » vient des vaisseaux laiteux, grisâtre quand elle » vient des glandes muqueuses, et quelquefois » sanguinolente quand les contractions irréguliè» res de la matrice y font crever quelques petits » vaisseaux capillaires, etc. » Il y a déjà longtemps que des connaissances plus exactes en physiologie et en anatomie ont fait justice de toutes ces suppositions; mais il serait à désirer que l'observation plus attentive des phénomènes de l'hystérie fît rejeter aussi généralement les prétendus effets critiques de la sécrétion vaginale, lorsqu'elle a lieu; circonstance qui même n'est nullement probable, à moins qu'elle ne soit provoquée ou par des attouchements indiscrets, ou par des pensées voluptueuses.

§ XXVI. Diagnostic. L'esprit humain, naturellement paresseux, s'accommode parfaitement bien des symptômes patognomoniques, parce qu'un symptôme de ce genre, pour peu qu'il soit évident, dispense de tout travail; et si, avec cela, on supposait un médicament spécifique en regard, rien ne serait plus facile et d'une responsabilité plus légère que l'exercice de la médecine; mais il s'en faut de beaucoup que les choses se présentent de cette manière. C'est de l'ensemble des symptômes que se déduisent les données diagnostiques; il faut que l'esprit du praticien les reconnaisse, les compare, les juge et les convertisse en signes; indépendamment de la finesse du tact, il faut de l'étendue dans l'esprit pour saisir à la fois toutes les expressions d'une maladie; ces conditions sont nécessaires dans la majeure partie des cas, et spécialement dans l'hystérie. Celui qui ne s'en rapporterait qu'aux symptômes pathognomoniques des auteurs tomberait dans de graves erreurs. Nous savons déjà ce que nous devons penser des quatre symptômes d'Astruc, c'est-à-dire, de l'impression sourde ressentie dans la région de la matrice, de la constriction du cou, du resserrement de la poitrine et du globe hystérique. Ces symptômes appartiennent réellement à l'hystérie, mais ils pourraient manquer dans une attaque que la maladie n'en existerait pas moins. Quelques auteurs ont posé d'abord généralement en principe une supposition qui nous semble toute gratuite: c'est que le diagnostic de l'hystérie est plus facile lorsqu'elle est modérée, c'est-à-dire, à son premier degré, que lorsque l'attaque est très-intense; ce qui, selon nous, est contraire aux faits, puisque, de tous les symptômes hystériques, les plus caractéristiques ont lieu pendant les attaques convulsives. Or, dans ce dernier cas, il n'y a guère qu'une seule erreur à éviter: c'est de confondre l'attaque hystérique avec l'attaque épileptique; tandis que, dans le premier degré de l'hystérie, il y en a une foule; et une des plus communes, c'est de la confondre avec l'hypochondrie. Astruc fait au sujet du diagnostic quelques remarques très-justes: «Il faut prendre garde alors, dit-il, de » ne pas trop déférer aux idées des malades, qui » sont dans l'usage de donner le nom de vapeurs » hystériques à toutes les peines, les inquiétudes, » les chagrins qu'elles ont, à tous les accidents » des mauvaises digestions qui leur arrivent, à » toutes les indigestions qu'elles se donnent, à » toutes les faiblesses où elles tombent dans les » maladies de langueur ou de consomption. » Par ces remarques, Astruc signale précisément une des causes qui font que les auteurs regardent l'hystérie comme une maladie beaucoup plus complexe qu'elle n'est réellement. Quand il s'agit, en effet, de cette maladie, on admet trop facilement tout ce que racontent les femmes.

Non-seulement les femmes hystériques ne considèrent pas ordinairement sous un jour trop défavorable les accidents auxquels elles sont en proie, mais on voit souvent des phthisiques, des anévrismatiques, etc., se consoler en donnant le nom d'hystérie aux symptômes formidables de leur maladie, pour peu qu'à une autre époque ou en même temps elles aient éprouvé quelques phénomènes nerveux.

Pour les affections hypochondriaques, c'est le contraire; les malades répugnent à se croire attaqués d'hypochondrie; cette persuasion pourrait rendre un peu de calme à leur esprit: ils ne veulent pas s'y laisser aller. Selon eux, leurs maladies sont extraordinaires, difficiles à apprécier; elles sont très-graves, et presque toujours elles doivent avoir une issue funeste.

Ils voudraient bien, disent-ils, être hypochondriaques; avec un esprit aussi ferme que le leur,

ils sauraient bientôt se rendre la santé. Mais non ; ils ne sont que trop sûrs de la gravité de leur maladie, et pour le prouver ils entrent aussitôt dans ces longs détails que nous avons déjà exposés.

Nous ne nous arrêterons pas davantage sur le diagnostic de l'hystérie. Nous n'avons voulu le considérer que relativement aux symptômes, c'est-à-dire partiellement, comme nous l'avons fait dans nos considérations étiologiques. Nous y reviendrons encore lorsque nous parlerons des terminaisons, de la nature essentielle et du traitement de cette maladie ; et c'est ainsi que le diagnostic différentiel de nos deux maladies se trouvera en quelque sorte constitué de toutes pièces à la fin de notre ouvrage.

On a dit que l'hystérie peut être simulée. On a dit la même chose de l'hypochondrie (Georget). Eh bien ! même dans l'examen de cette question nous pouvons signaler des circonstances remarquables relatives à ces deux maladies.

On peut d'abord dire, en général, que toute maladie facile à imiter, toute maladie à effet, exprimée par des symptômes peu nombreux, mais très-extraordinaires, très-variables, très-étranges, sera fort souvent simulée par les femmes, même lorsqu'il n'y aura aucun but apparent, aucun motif pour cela.

Tout ce qui peut exciter vivement l'attention est du goût de la plupart des femmes.

Certaines affections mentales, tristes, peuvent encore être simulées, pourvu qu'elles soient de nature à inspirer de l'intérêt ; la mélancolie, par exemple.

Ainsi, on peut déjà prévoir que l'hystérie peut être souvent simulée ; il n'est pas de notre sujet d'indiquer les moyens de reconnaître si elle est réelle ou non. Nous voulons seulement faire remarquer que, par la nature ou plutôt par la forme de ses symptômes, elle est dans la classe des maladies que les femmes sont portées à imiter. Si on en excepte les effroyables attaques du second degré, qu'il n'est pas au pouvoir des volontés les plus fortes de simuler, quoi de plus facile pour des femmes exaltées naturellement, ou exaspérées par de mauvais traitements, que d'imiter un état dans lequel les variations du pouls sont très-souvent insignifiantes, la figure animée, le teint tantôt pâle, mais tantôt très-coloré, la poitrine oppressée, et la respiration coupée par de profonds soupirs ? un état dans lequel il n'y a que demi-perte de connaissance, convulsions plus ou moins violentes, lutte contre les personnes qui vous retiennent, et enfin dans lequel il faut s'en rapporter entièrement à la malade pour tout ce qui concerne les sensations intérieures, les mouvements spasmodiques des viscères, les sentiments de constriction, etc., etc. ?

Que si maintenant nous jetons les yeux sur l'hypochondrie, nous verrons un spectacle tout différent ! Examinons d'abord s'il y a des motifs pour qu'en certains cas cette maladie soit simulée, si ses symptômes, par leur nature et par leurs formes, peuvent être imités.

Une opinion très-généralement répandue dans le monde, c'est que dans l'hypochondrie il n'y a que des maux imaginaires. Or, quel intérêt peut-il jamais y avoir à se donner pour un homme affecté de maux imaginaires, c'est-à-dire, pour un maniaque à charge et à ennui à tout le monde ; car il faut être médecin, et médecin philosophe, pour prendre intérêt à la situation d'un hypochondriaque qui n'est encore atteint d'aucune maladie grave.

Il ne peut guère y avoir de motif assez puissant pour faire simuler une maladie, si ce n'est celui d'inspirer un vif intérêt ou d'échapper à des peines judiciaires. Les hypochondriaques, on le sait et ils ne le savent eux-mêmes que trop souvent, sont insupportables dans le commerce de la vie privée, et la maladie dont ils sont affectés ne pourrait, dans le cas où elle serait simulée, ni exempter d'un service pénible, ni faire décliner un châtiment légal, parce que, d'une part, le prétendu malade n'offrirait aucun organe matériellement affecté, aucune fonction gravement altérée, et que, d'autre part, on sait que l'hypochondrie ne prive pas les hommes de leur raison.

Relativement aux symptômes moraux et physiques, quel homme, si ce n'est un véritable hypochondriaque, pourrait se tourmenter lui-même aussi cruellement et aussi ingénieusement ? Quel autre pourrait passer sa vie dans des inquiétudes, dans des anxiétés et des angoisses aussi pénibles ? Et cela, non à certaines époques, en certains temps, mais chaque jour et dans tous les moments de l'existence. Qui pourrait se condamner à ces régimes étranges, examiner scrupuleusement ses déjections, etc, etc. ? Il suffit d'avoir bien observé une fois toutes les perplexités auxquelles les hypochondriaques sont en proie, indépendamment de leurs souffrances physiques, pour être bien convaincu que, dans aucun cas, cette maladie ne saurait être simulée.

Nous ne parlerons pas des névroses digestives, circulatoires, etc., qu'on reconnaît à des caractères particuliers, et encore moins des lésions organiques ; personne ne s'aviserait de soupçonner qu'on pût les imiter avec succès.

§ XXVII. Maintenant que nous avons examiné comparativement les symptômes de l'hypochondrie et ceux de l'hystérie, il convient d'en faire une double et succincte récapitulation générale et de les placer en regard, afin de faire mieux sentir toute l'opposition de ces symptômes et dans leur mode de développement, et dans la nature des lésions qu'ils indiquent. Cette revue nous semble nécessaire parce que les raisonnements dont nous avons semé cette section, déjà fort étendue, ont peut-être contribué à rendre moins frappantes les différences de nos deux maladies quant à leurs expressions symptomatiques.

TABLEAU COMPARATIF

DES SYMPTOMES

DE L'HYPOCHONDRIE ET DE L'HYSTÉRIE.

HYPOCHONDRIE.

Exclusive à l'espèce humaine, affectant les deux sexes, *utrique sexui propria sed præcipuè maribus.*

Inter vitæ annum trigesimum et quinquagesimum communis (Jos. Franck).

Invasion : lente, graduée, suit le cours des idées, *invasio morbi lenta* (Franck, pag. 570 ; Jahn, pag. 195).

Symptômes précurseurs :

Retours sur soi-même, inquiétudes légères sur sa santé, inspection minutieuse des organes accessibles aux sens et des déjections. Observation scrupuleuse de certaines règles de l'hygiène ; désirs de lire des livres de médecine ou de converser avec des médecins ; état habituel de tristesse ; dégoûts pour tous les plaisirs, motivés sur de légères variations dans la santé.

Les symptômes forment trois périodes.

PREMIÈRE PÉRIODE.

Inquiétudes morales, vives et continuelles, excitées par les sensations les plus ordinaires.

Concentration perpétuelle de toute l'attention du malade sur la recherche de la nature de ses maux.

Exaltata phantasia continuò circa ipsum morbum versatur. Erreur dominante, élection d'une maladie grave et bizarre; *nam omnibus adfectionibus de quibus vel audiunt vel legunt, se laborare adfirmant ac reverà ipsi credunt* (Schmalz, 312).

Tantôt les malades tournent leurs idées vers les voies digestives, et alors les désordres abdominaux prédominent (monomanie hypochondriaque); tantôt vers les organes de la circulation ou de la respiration (monomanie pneumo-cardiaque); tantôt vers le cerveau (monomanie encéphaliaque), etc., etc.

Dès-lors, attention partagée entre les sensations et la recherche d'un remède ; d'où lecture avide des livres de médecine, confiance donnée aux charlatans et aux commères; régime tout stimulant ou tout débilitant, emploi intempestif de médicaments, et dès-lors troubles plus marqués dans les fonctions digestives, circulatoires, respiratoires, sensitives, etc. Augmentation des anxiétés morales. Retour à la santé possible.

DEUXIÈME PÉRIODE.

Développement de névroses variées sous l'influence des causes générales et des causes surajoutées par le fait de la première période; anxiétés morales portées au plus haut degré, point d'intermittence sous ce rapport ; *distractions* momentanées. *Indè symptomata remittunt*

HYSTÉRIE.

Exclusive au sexe féminin, *hysteria solis feminis propria est,* règne pendant la période utérine de la vie, *urget intra pubertatem et menstruorum cessationem.*

Apparaît sous forme d'attaques subites, *insultus morbi subitaneus.*

Invasion déterminée surtout par des émotions vives ; elle est brusque ou annoncée pendant quelques heures par des signes précurseurs : gaieté ou tristesse involontaires; pleurs sans motifs; rires presque convulsifs, soupirs profonds, crispations dans les membres; légers tournoiements dans l'abdomen; serrements du gosier, etc.

Les symptômes ont deux degrés.

PREMIER DEGRÉ.

Pesanteurs dans les membres; engourdissements; crispations plus marquées; sentiment profond d'une constriction ascendante dans diverses parties de l'abdomen, qui est gonflé ou rétracté, *umbilicus introtrahitur* (Kampf., 196); sensation d'un corps étranger arrondi (globus hystericus), *hyperkinesia interdùm κατ' ἐξοχὴν in visceribus abdominalibus insignitur.* Serrements de poitrine ; soupirs continuels, besoin insatiable de respirer ; palpitations; dyspnées, augmentation du serrement de poitrine; étranglement; sensation d'un corps étranger fixé au gosier; gonflement du cou; jugulaires gonflées; carotides vibrantes; suffocation; hémicrânie; douleur fixe et poignante dans une partie de la tête (*clavus hystericus*); face animée; serrements des mâchoires; roidissement général et *volontaire* des muscles locomoteurs; peu après relâchement, puis roidissement nouveau plus ou moins prolongé; contorsions des membres. *In paroxysmo adhuc sui conscientia remanet. Convulsiones leviores esse et magis in membrorum flexione et extensione constare solent.* (Richter, cc).

Retour à la santé possible.

DEUXIÈME DEGRÉ.

Aux symptômes précédents succèdent, ou même apparaissent tout-à-coup, les phénomènes suivants : cris douloureux et sauvages, perte incomplète de connaissance, quelquefois perte entière ; face vultueuse; cou énormément gonflé ; battements du cœur tumultueux

tantum vel et continent (Franck, 570). *Tinor continuus mortis.*

Si les voies digestives sont névrosées : symptômes de dysphagie, de gastralgie, d'entéralgie, etc. Constipations. Si organes circulatoires : palpitations, dyspnées, battements extraordinaires des artères, bourdonnements, bruissements, détonations, etc. Si sensations générales: inertie, accablement, faiblesses, sueurs, douleurs vagues, etc.: opérations mentales troublées, *alienatur tantum cœnestasis et imaginatio.*

Retour à la santé possible.

TROISIÈME PÉRIODE.

Inflammations chroniques de divers organes, altérations organiques très-variées, plus spécialement des voies digestives, *sæpissimè cum viscerum abdominalium desorganisationibus conjunctum* (Richter, c. 3); puis des organes de la respiration et des organes parenchymateux; symptômes nombreux et graves, faciles à concevoir en raison des organes altérés dans leur tissu.

Retour à la santé presque impossible.

Tunc prognosis, quemadmodùm in morbo ferè semper materiali organico, sæpissimè infausta(Jahn, 196, Haase 293).

et violents; contractions des muscles locomoteurs *enlevées* à la volonté; convulsions générales effrayantes; efforts extraordinaires contenus à peine par plusieurs personnes; grands mouvements de flexion et d'extension; expuition fréquente; quelquefois salive un peu mousseuse, mais point d'écume à la bouche. *Neque spumat os neque intro flectuntur pollices.* Suffocation souvent imminente, *respiratio et circulatio ferè suspendentur.*

Tantôt les malades bondissent sur leurs lits; tantôt elles offrent des roidissements presque tétaniques; quelquefois syncopes prolongées ou pertes de sentiment et de mouvement sans pâleur de la face, ni froid des extrémités; la durée des attaques peut aller à plusieurs heures. Retour prompt à la connaissance. *Post convulsiones statim ad se redeunt ægrotæ.*

Retour à la santé possible, mais rarement à une santé bien complète.

Tunc prognosis in hysteriâ quemadmodum in morbo ferè semper adhùc immateriali et dynamico fausta (Lœwenthal, 84).

TERMINAISONS.

§ I. « Malum verò hypochondriacum *recens*, » ac sibi relictum plus ferè molestiarum, quam » repentini exitii habet : at *inveteratum* difficilli- » mam admittit curationem et accedente præser- » tim perversâ medicatione, aut minùs accurato » regimine, in graviora *transit* symptomata, » viscerum obstructiones, scirrhos, cachexiam, » hydropem, hecticam, etc. » (Fréd. Hoffmann, *De malo hypochondriaco.*)

Ces observations d'Hoffmann sont d'une grande inexactitude. Il ignorait, comme nous le verrons plus tard, la cause prochaine et la nature essentielle de l'hypochondrie ; cependant ces remarques pratiques resteront, parce qu'il avait bien observé la succession des phénomènes morbides ; il est facile de prouver qu'elles trouvent leur application dans la théorie que nous avons donnée de l'hypochondrie.

Lorsque la maladie est récente, elle se termine rarement par la mort; on ne conçoit pas même qu'elle puisse la déterminer ; *plus molestiarum habet.* C'est l'état moral de la première période ; seulement il est à peu près impossible de supposer la condition ajoutée par Hoffmann : *sibi relictum.* Toute autre maladie peut être, en effet, abandonnée à elle-même, et parfois le malade y gagne ; les observations en faveur de cette opinion ne seraient pas rares. Mais l'hypochondrie, sous ce rapport, forme une exception unique peut-être ; dans la première période, on peut dire qu'elle n'existe que par cela qu'elle n'est pas abandonnée à elle-même ; les médecins peuvent bien l'abandonner à elle-même, et cela arrive souvent, mais le malade peut-il l'abandonner ainsi, lui qui, à chaque instant, s'y trouve rappelé par les sensations les plus vagues, et qui croit ne pouvoir en prévenir les suites funestes qu'en s'en occupant sans cesse ?

On entend communément par maladie abandonnée à elle-même, toute maladie contre laquelle on ne dirige plus une médication quelconque, raisonnée ou empirique ; une maladie enfin qu'on abandonne aux seules forces médicatrices de la nature ; mais cette définition n'est plus applicable à l'hypochondrie. Admettons que les gens de l'art l'aient abandonnée, que le malade lui-même, ce qui est plus rare, ne fasse usage d'aucun médicament et ne se soumette à aucun régime particulier ; eh bien ! elle n'est pas pour cela abandonnée à elle-même, l'attention du malade n'est pas distraite pour cela de ses maux ; elle est toujours dirigée, concentrée sur la perception de chaque sensation ; elle tâche toujours d'en prévoir l'issue ; en un mot l'esprit ne l'abandonne pas.

At inveteratum difficillimam admittit curationem. Elle est invétérée lorsque les organes sont névrosés, et difficile à guérir parce qu'alors il s'est établi un cercle vicieux difficile à rompre ; l'anxiété morale augmente en raison de la vivacité des douleurs, et celles-ci s'exaspèrent en raison de l'accroissement des inquiétudes. C'est la seconde période, plus rebelle au traitement que la première, parce que les névroses sont entretenues par l'action de causes persistantes.

Hoffmann a mentionné ensuite une circonstance importante sous le rapport du pronostic, c'est le passage de la seconde période à la troisième, *transit in graviora symptomata*, et, de plus, il a rappelé en même temps les causes les plus capables d'effectuer ce passage, *accedente præsertim perversâ medicatione aut minùs accurato regimine ;* c'est en effet l'abus des médicaments qui détermine souvent des phlegmasies chroniques et des lésions organiques chez les hypochondriaques, comme nous l'avons vu dans la section précédente ; ces lésions, Hoffmann les avait constatées : et il les énumère, *viscerum obstructiones, scirrhos, cachexiam, hydropem, hecticam*, etc. ; or, cet état, qu'est-il autre chose, si ce n'est notre troisième période ? L'influence du régime sur la production de ces affections n'a pas échappé à cet auteur, *aut minùs accurato regimine ;* peut-être aurions-nous préféré lire, *aut nimiùm accurato regimine*, car c'est souvent à un régime trop exclusif, trop bien suivi, soit excitant, soit débilitant, que le malade doit en partie ses maux, moins peut-être encore au premier qu'au second ; si aux inquiétudes morales, en effet, vous joignez une alimentation insuffisante, il y a de quoi ruiner les constitutions les plus vigoureuses ; c'est le sentiment de Baglivi ; « Multi cœteroquin *sani* « et *robusti* parcè atque timidè cibum sumunt ob « metum, ne in cruditates et exindè in morbos

» delabantur cum reverâ *ob illum ipsum* vanum » timorem, morbosamque imaginationem, non » solùm exiguum illum cibum malè digerunt, » sed *ob hoc* in morbos incidunt. » (Baglivi, *De medendis animi morbis.*)

§ II. Le pronostic porté par Hoffmann, relativement à l'affection hystérique, est d'une toute autre nature, et il ressort évidemment de ses idées sur les différences qui séparent cette affection de l'hypochondrie.

« Passio hysterica, inquit, ut ut valdè dira et » terribilis videatur, in se non adeò periculosa » sit; nisi præpostera curatio, vel perversum re- » gimen accedat, vel in corpus incidat valdè im- » becille et valetudinarium. » (*De malo hysterico.*)

Il faut le dire cependant, lorsque l'hystérie se montre sous des formes aussi redoutables, sans entraîner immédiatement la mort, on peut la regarder comme dangereuse, et dans le plus grand nombre des cas, elle n'est pas suivie d'une guérison *complète*. Il est bien vrai que ces convulsions effrayantes n'amènent pas ordinairement à leur suite la démence, comme on le remarque pour les attaques d'épilepsie, mais elles laissent souvent des rétractions spasmodiques, des paralysies incomplètes, des tics bizarres, etc. Toutefois les restrictions que met Hoffmann à sa proposition lui donnent peu d'extension, car il est rare que l'hystérie arrivée à ce point, ou n'existe depuis long-temps, ou n'ait été exaspérée par des écarts de régime, ou enfin ne survienne dans une constitution déjà gravement affectée.

Le régime est ici, en effet, d'une grande importance; ce n'est plus, comme il arrive souvent dans l'hypochondrie, une diète trop rigoureuse qui entretient la maladie; les symptômes s'exaspèrent le plus ordinairement sous l'influence d'un régime trop excitant; et ceci trouve aussi son application pour la médication à laquelle on ne manquait pas de recourir pour un temps, et qui, loin de contribuer à la guérison, ne pouvait que l'entraver, puisqu'elle était presque toujours tonique et stimulante.

Il est une complication qui rend le pronostic de l'hystérie très-fâcheux, c'est la complication de l'épilepsie; elle amène ces hystéries que quelques auteurs ont nommées épileptiformes, et elle peut mettre quelquefois de l'obscurité dans le diagnostic de l'hystérie.

Lorsque la constitution est très-affaiblie, comme le suppose Hoffmann, le pronostic est encore assez sérieux, parce qu'il est très-difficile de remonter les autres systèmes au degré de prééminence du système nerveux, c'est-à-dire de les équilibrer les uns par les autres.

Il ne faudrait pas alors songer à affaiblir le système nerveux; comme nous le dirons dans la section du traitement, on connaît trop peu quels sont les véritables sédatifs de ce système, et l'affaiblissement qu'on croirait lui donner porterait probablement sur les autres systèmes.

Certaines terminaisons fâcheuses de l'hystérie ont été indiquées par le même auteur dans son énumération des lésions cadavériques observées par Vésale, Diemerbroeck et autres; mais il est douteux que ces lésions aient été des terminaisons directes de l'hystérie; elles coïncidaient peut-être avec cette affection, et on ne devait les considérer que comme des résultats probables de diverses complications.

§ III. Suivant Astruc, le pronostic de l'hystérie roule sur deux points :

1° La guérison est-elle possible? 2° Cette maladie est-elle dangereuse?

On voit déjà que de ces deux questions, la première rentre dans l'autre, car une maladie n'est dangereuse qu'en raison de l'impossibilité de la guérir; aussi Astruc donne-t-il les mêmes réponses dans les deux cas : « 1° La maladie est-elle guéris- » sable? Rép. On guérit facilement la passion » hystérique quand elle ne vient que de la sup- » pression ou du dérangement des règles, des » vidanges ou de la retenue de l'humeur sper- » matique trop âcre. 2° Ce mal est-il dangereux? » Rép. A l'égard de la maladie, on voit que, quel- » que opiniâtre qu'elle soit, elle n'est point ordi- » nairement dangereuse lorsqu'elle dépend de la » suppression ou du dérangement des règles, ou » des vidanges ou de la retenue de l'humeur sper- » matique. »

Maintenant il y a plus, les raisons sur lesquelles cet auteur établit son diagnostic sont vicieuses; il est à peine besoin de le faire remarquer.

Lorsque les phénomènes hystériques se sont montrés peu après la suppression ou le dérangement des menstrues, nous le savons, on ne manque pas d'attribuer leur existence à ces accidents, bien que le plus souvent, comme nous l'avons dit en parlant des causes, ces accidents ne soient que les prodrômes de l'hystérie et non la cause; mais, quoi qu'il en soit, il est d'observation que même lorsqu'on est parvenu à régulariser cet écoulement, c'est-à-dire à enlever la cause supposée, les symptômes hystériques peuvent persister avec la même véhémence, ce qui prouve ou que l'aménorrhée n'était pas la véritable cause des attaques hystériques, ou que celles-ci sont alors entretenues par des effets permanents; ce qui revient à peu près au même pour le pronostic.

Nous pourrions dire la même chose de la suppression des lochies; cet écoulement soumis, comme toute évacuation, aux influences immédiates de l'innervation, peut se supprimer par le seul effet des anomalies nerveuses utérines; cette suppression serait donc plutôt effet que cause de l'hystérie. Toutefois, nous voyons la plupart des auteurs placer ces causes au premier rang. C'est ainsi qu'on raisonnait à l'égard de la péritonite puerpérale : combien d'auteurs ont répété invariablement parmi les causes de la péritonite puerpérale la suppression

de lochies? Et cependant mon ami et compatriote M. Baudelocque vient de prouver, dans son excellent Mémoire, que cette suppression est bien plus souvent effet que cause de la péritonite.

Quant à la rétention de la liqueur spermatique, considérée comme cause de l'hystérie, cette question ne mérite pas même de refutation, bien que M. Louyer-Villermay l'ait intrépidement admise comme réelle dans son ouvrage (*Maladies nerveuses*, 34).

Astruc ajoute « qu'on ne guérit point du tout » l'hystérie quand elle reconnaît pour cause quel» que tumeur ou quelque vice dans quelqu'un des » ovaires, ou dans quelqu'une des trompes, ou » quelque érosion ulcéreuse de la matrice. »

Il est évident qu'alors l'hystérie n'est que secondaire, et que son existence soit *liée* ou non à ces lésions organiques, ce sont celles-ci qu'il importerait de guérir, parce qu'elles seules menaceraient réellement la vie des malades.

Le même auteur a distingué ensuite le pronostic de l'hystérie pendant des attaques convulsives et dans l'intervalle des attaques; cette distinction est nécessaire, elle ne peut ressortir que d'une maladie telle que l'hystérie, et nullement de l'hypochondrie; nous y reviendrons.

§ IV. Les terminaisons de l'hypochondrie ont été classées, par M. Louyer-Villermay, de la manière suivante : 1° *Terminaisons favorables suites du traitement*; 2° *Crises ou guérisons opérées exclusivement par la nature*; 3° *Terminaisons de l'hypochondrie par d'autres maladies.*

On voit déjà que, suivant cet auteur, l'hypochondrie ne pourrait se terminer que par le retour à la santé ou par sa conversion en une autre maladie; mais que, dans tous les cas, elle ne saurait par elle-même compromettre l'existence.

C'est encore ici une assertion émise assez légèrement, et qui résulte d'une observation tout-à-fait inexacte des phénomènes de cette maladie; il n'est besoin que de se rappeler les éléments qui constituent les trois périodes pour voir que, par ses propres effets, l'hypochondrie peut donner lieu à un pronostic fort sérieux, à moins qu'on ne veuille considérer le développement des lésions organiques de la troisième période comme autant de conversions en d'autres maladies.

1° (Terminaisons favorables suites du traitement.)

M. Louyer-Villermay avoue que les exemples de guérison *dus* aux efforts de l'art n'ont pas été jusqu'ici aussi multipliés qu'ils auraient pu l'être (397), et il s'en *étonne*, en considérant que cette maladie, dans le principe, est compatible avec l'intégrité des tissus organiques : pour nous, qui admettons avec lui qu'au début il y a intégrité des tissus, cela ne nous étonne pas du tout, parce que, le plus souvent, il faut le dire hautement, l'art a corroboré de ses efforts les causes productrices de la maladie; nous nous réserverons de le démontrer dans l'examen des opinions émises sur le traitement de cette maladie.

Toutefois, pour prouver qu'il est des exemples de terminaisons favorables, *suites* du traitement, M. Louyer-Villermay cite quatre observations qui lui sont propres; il ne serait peut-être pas inutile d'en faire l'analyse, mais les bornes de notre travail, les réserves que nous nous sommes imposées, et le but que nous nous proposons ne nous le permettent pas.

2° (Crises ou guérisons opérées exclusivement par la nature.)

Tantôt, dit M. Louyer-Villermay, il n'y a pas de crises *accessibles* à nos sens; dans d'autres cas, il existe des phénomènes critiques, etc. (411).

Cet auteur examine les mouvements critiques dans les différents systèmes de l'économie.

Nous ne le suivrons pas dans l'énumération de toutes ses probabilités critiques, nous nous sommes expliqués ailleurs sur ce sujet; il répète d'ailleurs ce qui est connu de tout le monde touchant les sueurs, les urines, les éruptions, etc. Mais ce que tout le monde ne sait sans doute pas, c'est qu'une sécrétion abondante de larmes a été donnée comme ayant formé la *crise* d'une hypochondrie, et que M. Louyer-Villermay *conçoit cela.*

3° (Terminaisons de l'hypochondrie par d'autres maladies.)

« Les maladies qui *terminent* le plus ordinaire» ment l'hypochondrie, poursuit cet écrivain, sont » les affections des organes abdominaux, leurs » phlegmasies aiguës, et surtout les chroniques; » la dégénérescence de leurs tissus, la phthisie » pulmonaire, les anévrysmes du cœur. »

Si M. Louyer-Villermay, qui du reste entrevoit ici le véritable côté des choses, avait bien observé les lésions secondaires des organes, il n'aurait pas dit : qui *terminent* l'hypochondrie, mais bien qui surviennent, comme effets naturels, dans le *cours* de l'hypochondrie; nous avons suffisamment démontré comment les hypochondriaques, c'est-à-dire, pour nous servir des expressions de Baglivi, ceux : *qui laborant animi pathemate, corripi potissimùm solent morbis ventriculi conquerenturque primò de languore ventriculi*, etc., et comment des lésions organiques succèdent à ces lésions fonctionnelles, pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y revenir ici : mais nous ne voyons pas pourquoi M. Louyer-Villermay dit « qu'il ne cherchera pas » à démontrer *longuement* l'influence de l'hypo» chondrie sur le développement de ces diverses » affections. » (407.) C'était précisément là une des parties les plus intéressantes de l'histoire de l'hypochondrie, puisque ces affections entrent comme principes constituants dans le cours de cette maladie. Les raisons que cet auteur donne, pour s'en dispenser, sont faibles selon nous.

§ V. Pour ce qui est de l'hystérie, M. Louyer-Villermay a considéré les terminaisons des accès et de la maladie. Cette distinction est fondée, et elle

établit encore une différence entre cette maladie et l'hypochondrie, puisque, dans cette dernière, les paroxysmes ne sont jamais assez marqués pour offrir des terminaisons spéciales ; mais voyons toutefois quelles sont les terminaisons notées par M. Louyer-Villermay, soit des accès, soit de la maladie prise dans l'ensemble et dans la succession de tous ses phénomènes.

On ne trouve, sous le nom de terminaisons de l'accès, que les symptômes de déclin, tels que la diminution progressive des convulsions, les pandiculations, les bâillements, les éternuements, les borborygmes, la fatigue ; et enfin le phénomène qui, suivant M. Louyer-Villermay, *assure plus spécialement* la fin de l'accès, la *lubrifaction* des parties génitales par un liquide particulier.

Ceci rentre dans l'histoire symptomatologique de l'hystérie. Nous en avons parlé ; il eût été plus convenable de faire connaître les accidents consécutifs amenés par de violents accès d'hystérie ; nous examinerons cette question tout-à-l'heure.

Relativement aux terminaisons de l'hystérie, considérée en elle-même, M. Louyer-Villermay admet, sur la foi des auteurs, qu'elle peut se *convertir* en fièvre catarrhale, en asthme convulsif, en phthisie tuberculeuse, en hématémèse, en goutte, en apoplexie, etc., etc. Toujours même routine ; nulle part M. Louyer-Villermay ne cherche à soumettre au raisonnement les matériaux qu'il a puisés dans les auteurs. A la suite de mille incidents divers, l'hystérie et l'hypochondrie peuvent se développer, parce que ces incidents peuvent ne pas mettre obstacle à ce développement ; et nous avons vu, dans l'étiologie, que M. Louyer-Villermay trouve dans chacun de ces incidents autant de causes, ou morales, ou physiques de ces deux maladies ; actuellement les auteurs disent qu'on voit succéder à ces deux affections les maladies les plus variées, et M. Louyer-Villermay admet encore que l'hypochondrie et l'hystérie peuvent se *convertir* en chacune de ces maladies ; et on prétend que les sciences médicales font des progrès, lorsque ceux qui paraissent les cultiver avec quelque distinction se montrent si éloignés de toute idée philosophique.

Peut-on dire ensuite qu'on a donné les éléments du pronostic d'une maladie, plutôt que d'une autre, lorsqu'on a dit que ce pronostic sera plus ou moins grave, en raison de l'âge de la malade, de son tempérament, de sa situation dans la société ; situation telle que ses vœux peuvent ou ne peuvent pas être *exaucés*, et autres lieux communs semblables ; en raison des causes amovibles ou inamovibles, du degré d'ancienneté de la maladie, de ses complications, etc. (141) ? Peut-on même croire, qu'avec tant de mots, on a dit quelque chose ? M. Louyer-Villermay, enfin, avec toutes ces circonstances, n'aurait-il pas pu porter, dans les maladies les plus simples comme dans les maladies les plus graves, un pronostic conditionnel tout aussi lucide et tout aussi positif ?

§ VI. Même lorsque nous ne sommes nullement d'accord avec Georget, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître ce qu'il y a d'exact dans ses observations. Cet auteur a parfaitement senti ce qui a retardé jusqu'à présent le perfectionnement du diagnostic et du pronostic de l'hypochondrie, et il a signalé aux observateurs la seule méthode à suivre pour lever tous les obstacles. « Les hypo- » chondriaques vivent si long-temps, dit-il, » qu'il est presque toujours fort difficile de sui- » vre *la marche* de leur affection, *la succession* » des désordres et *le développement* des altérations » plus graves qui la compliquent *ou* qui lui succè- » dent. Ce point de l'histoire de l'hypochondrie, » ajoute-t-il, est fort obscur et mérite d'être étu- » dié avec soin. » Voilà précisément l'idée dominante de tout notre travail sur cette maladie ; nous avons continuellement cherché et nous chercherons encore à démontrer que la véritable succession des phénomènes hypochondriaques, et que le développement subordonné des altérations plus graves qui constituent la troisième période, une fois bien connus, l'histoire de l'hyponchondrie n'est pas plus difficile à tracer que celle des inflammations les plus franches. Ainsi cette question, que Georget a parfaitement posée, contient les fondements réels du diagnostic et du pronostic de cette affection. Nous venons de voir que cet auteur ne s'est pas mépris sur l'état de la science sous ce rapport ; il avait observé des hypochondriaques ; il avait parcouru les auteurs qui traitent de l'hypochondrie ; qu'avait-il remarqué ? Que certains malades ont l'esprit seul affecté avec des organes parfaitement sains ; que d'autres sont en proie à des douleurs réelles et violentes ; que chez quelques-uns le cœur précipite ses battements ; que chez d'autres, l'estomac remplit à peine ses fonctions ; qu'il en est enfin dont les organes sont altérés matériellement. Quant aux auteurs, Georget avait été sans doute frappé de leurs dissidences, des divers points de départ qu'ils assignaient à la maladie, des formes bizarres sous lesquelles ils la décrivaient, etc. ; et son esprit, naturellement juste, en avait conclu que l'hypochondrie, comme toutes les individualités morbides, doit avoir un point de départ unique, une marche symptomatique particulière ; que les graves altérations rapportées par les auteurs et constatées par les ouvertures des corps devaient se joindre ou succéder à cette maladie, suivant telles ou telles circonstances ; mais pour ce qui est de l'ordre, du développement et de la succession, c'est un point de doctrine qu'il n'a pas attaqué, se bornant à le signaler comme obscur et difficile aux recherches des médecins qui viendraient après lui.

Examinons maintenant si, après avoir formé

des conjectures aussi fondées, Georget a entrevu les terminaisons les plus fréquentes de l'hypochondrie et le pronostic qu'on doit porter en général sur cette affection.

Est-il bien vrai, d'abord, comme il le remarque, que « beaucoup de malades restent hypochondriaques pendant de longues années, durant toute » leur vie, sans que les fonctions nutritives ma- » nifestent des désordres notables? » La condition dont il fait dépendre cet état stationnaire ne nous paraît rien moins que prouvée, « pourvu, » dit-il, qu'ils s'astreignent à un régime de vie » sévère. » L'observation des faits ne paraît pas indiquer que l'austérité du régime contribue réellement à les maintenir dans cet état; ceux qui en jouissent le doivent plutôt, selon nous, à la force et à la vigueur de leur constitution organique.

« Lorsque les malades, poursuit cet auteur, ne » peuvent plus supporter la plus légère quantité » d'aliments sans être pris de vomissements, on » les voit tomber progressivement dans un état » de maigreur et de marasme extrêmes. » Ce résultat se conçoit parfaitement : l'estomac n'est plus ici névrosé; il est affecté organiquement, surtout si les matières vomies sont noirâtres et semblables à de la suie délayée dans de l'eau, et si la peau des malades prend peu à peu une couleur jaune-paille. Georget aurait pu tout aussi bien ajouter que lorsque, dans d'autres cas, les palpitations deviennent habituelles chez les hypochondriaques, et que les battements du cœur se font sentir dans une grande étendue; que la face s'injecte, prend une couleur rouge violacée; que les jambes, les cuisses et les parties génitales s'infiltrent, que l'anxiété augmente, etc., etc.; en un mot, que le cœur est affecté organiquement, ils courent le plus grand danger.

Les autres altérations organiques qui peuvent survenir dans la dernière période de l'hypochondrie ont été également indiquées par Georget « Quel- » ques malades succombent, dit-il, à des affec- » tions chroniques du cerveau, du poumon, du » cœur. » « Il observe avec raison que ces désor- » ganisations se forment *lentement*, et que les ma- » lades les portent des années avant de mourir, » et que c'est ce qu'on appelait autrefois des ob- » structions. » Cette remarque est exacte sous tous les rapports; ces désorganisations ont lieu lentement, parce qu'alors elles reconnaissent une cause toute spéciale, insensible en quelque sorte dans son mode d'action; elles apparaissent et se développent sous l'influence de l'élément hypochondriaque.

Il est une sorte de terminaison, donnée, il est vrai, comme *rare* par Georget, mais que nous ne pouvons admettre qu'en partie. Quelques malades finissent, suivant lui, par perdre la raison, par devenir aliénés. « C'est alors, dit cet auteur, » qu'ils s'imaginent que leurs organes sont *dis-* » *sous* ou transformés, que leur sang est décom- » posé, etc.....; qu'ils sont haïs, méprisés, aban- » donnés, même de leurs proches et de leurs amis: » qu'ils sont en butte à la calomnie, à l'injustice, » menacés de perdre leur fortune ou la vie, etc. » Il y a ici des symptômes d'hypochondrie et de mélancolie. Il est facile de les reconnaître, pour qui connaît ces deux maladies. Les premiers appartiennent à l'hypochondrie, mais ils n'indiquent pas que les malades qui les éprouvent aient perdu la raison; ils ont des idées assurément très-inexactes en pathologie, et excessivement exagérées sous le rapport de leurs maux; mais, parmi beaucoup de gens du monde, on trouve des idées semblables. Quant aux derniers symptômes que nous venons de citer, ce sont les symptômes pathognomoniques en quelque sorte de la mélancolie. Vers la fin de sa vie, Rousseau les éprouvait sans cesser d'être bon, et d'aimer les hommes dont il se croyait détesté; Tibère les éprouvait aussi, mais avec un profond mépris pour l'espèce humaine, dont la haine l'inquiétait fort peu : *Oderint dum metuant.*

Revenant aux idées des hypochondriaques sur l'état de leurs organes et de leurs humeurs, nous dirons que c'est moins une terminaison qu'un état plus ou moins prononcé chez ces malades, mais assez ordinaire dans les trois périodes. M. Louyer-Villermay a pu croire que l'hypochondrie était à son *summun* quand les malades éprouvaient ces idées bizarres; mais Georget a remarqué que, même avec un état extérieur en général assez satisfaisant, l'exagération de leur langage est extrême, leurs suppositions absurdes, et que leur caractère est détestable.

Le pronostic que Georget a porté sur l'hypochondrie est un peu vague, et se ressent trop de ces restrictions continuelles, bonnes sans doute en pathologie générale, mais qui ne laissent rien de précis et de spécial dans l'esprit du lecteur. Ainsi, que le retour à la santé puisse être prompt *quand* l'hypochondrie est récente et *quand* elle est produite par des causes dont on peut faire cesser l'influence, cela doit être supposé connu et admis pour toutes les maladies. Il en est de même des propositions suivantes : « Lorsque les causes ne » peuvent être détruites, il y a impossibilité de » guérir la maladie. L'hypochondrie qui ne dispa- » raît pas avec la cessation des causes est difficile » à guérir; au contraire, la maladie qui n'existe » ou ne se renouvelle qu'autant que les agents » qui l'ont produite exercent leur action, est moins » fâcheuse. Lorsque cette affection a duré plu- » sieurs années, s'est renouvelée plusieurs fois, » les guérisons sont rares et rarement complètes, » surtout si son existence n'est pas subordonnée à » l'action des causes toujours agissantes, et dont » on peut détruire l'influence; dans ce cas, on » n'obtient ordinairement que des rémissions, des » intermissions plus ou moins longues; il reste » toujours un état d'irritabilité excessive des or-

» ganes qui les rend très-impressionnables et les » dispose aux rechutes, etc., etc. »

Loin de nous l'idée de chercher à contester la vérité de ces propositions ; nous voulons seulement faire remarquer qu'elles sont d'une vérité trop générale, et qu'elles ne sont d'aucune utilité pour la solution du problème qui nous occupe. Substituez, en effet, le mot hystérie à celui d'hypochondrie, ces propositions n'en resteront pas moins vraies et aussi bien appliquées; devra-t-on pour cela en inférer que ces deux maladies sont identiques? Non, sans doute. Georget lui-même ne le pensait pas ; car une foule de maladies, bien distinctes de l'hypochondrie, pourraient, à l'aide d'un semblable raisonnement, être confondues avec elle.

§ VII. Nous avons vu que Georget, sans connaître précisément l'enchaînement des phénomènes de l'hypochondrie, avait cependant remarqué que des lésions organiques très-graves finissent par attaquer les malades, soit comme complications, soit comme terminaisons de la maladie première. Maintenant nous allons voir cet auteur assigner à l'hystérie des terminaisons en quelque sorte spéciales, sous le nom de *suites fâcheuses* de cette affection. Nous devons néanmoins faire remarquer ici que ces accidents consécutifs n'ont guère lieu qu'après de longues et violentes attaques, c'est-à-dire à la suite d'une hystérie élevée au second degré. Ces accidents sont : « Des tics convulsifs per- » manents, des rétractions spasmodiques de quel- » ques parties ; des paralysies partielles, le plus » souvent incomplètes, des sens ou des mouve- » ments volontaires ; un état mélancolique pro- » noncé, etc. »

Ces terminaisons sont importantes à noter, elles rentrent nécessairement dans la question du diagnostic différentiel de l'hystérie, parce qu'elles sont des résultats caractéristiques de cette maladie. Nous nous expliquons : Les paralysies, par exemple, complètes ou incomplètes ne sont que trop souvent liées comme effets aux attaques convulsives; suivant Cullen, « la perte du pouvoir » d'exercer le mouvement volontaire, peut être » due à une affection morbifique des muscles ou » des organes du mouvement, qui les rend inca- » pables d'exécuter cette fonction; ou à l'inter- » ruption de l'influence de la puissance nerveuse » qui est toujours nécessaire aux mouvements » des organes qui sont soumis à notre volonté. » De ces deux sortes de causes les paralysies hystériques ne peuvent reconnaître que la dernière, puisque les muscles n'ont souffert aucune altération appréciable; mais l'interruption de la puissance nerveuse, ou plutôt de l'influx nerveux, peut avoir lieu de plusieurs manières, ou par la compression soit de quelque partie de l'axe cérébro-spinal, soit des cordons nerveux, ou par une perturbation plus ou moins considérable dans la distribution de l'influx nerveux, ou enfin par son abolition, sans lésion des solides.

Dans les phénomènes propres à l'hystérie, deux puissances semblent se disputer la direction de l'influx nerveux pour susciter des mouvements dans les muscles ordinairement soumis à la volonté ; l'encéphale d'une part, qui n'est que l'instrument de la puissance intellectuelle, et le grand sympathique de l'autre, qui n'est que celui de la puissance vitale. Que le cerveau soit malade dans sa substance, des paralysies surviennent, parce que la volonté ne peut plus, avec un intrument vicié, régler l'ordre des mouvements ; que le grand sympathique soit surexcité dans son action, des paralysies pourront alors avoir lieu, parce que la puissance vitale qui déborde, pour ainsi dire, au-delà de ses limites ordinaires, suscite d'abord des convulsions effrayantes dans les muscles qui ne devaient être soumis qu'à la volonté, puis y laisse des paralysies, soit par l'épuisement plus ou moins durable de l'influx nerveux, soit même par quelque altération organique. Nous reviendrons sur ce sujet en traitant de la nature essentielle de l'hystérie ; qu'il nous suffise de faire remarquer que les paralysies se rattachent spécialement aux convulsions, et conséquemment aux attaques d'hystérie.

Cependant ces terminaisons ne sont pas les seules indiquées par Georget; il parle aussi de phlegmasies chroniques, de vomissements continuels, de tumeurs abdominales, de maladies du cœur, etc. Mais comme il a fait précéder cette dernière énumération de l'état hypochondriaque, il semble ainsi avoir donné une double raison de l'existence de ces lésions organiques; en effet, elles peuvent et doivent même assez souvent succéder aux névroses développées directement dans les organes de la vie organique par le seul fait de l'hystérie, ou indirectement par la coexistence d'une hypochondrie : ces lésions organiques ont été observées par tous les auteurs qui se sont occupés des affections nerveuses ; il n'y a que dans ces derniers temps qu'on a pu supposer que ceux qui croient aux névroses ne se livrent pas à l'étude des altérations cadavériques ; les recherches de Valsalva et de Morgagni attestent le contraire. « Nous ne terminerons pas nos observations sur « les causes des maladies nerveuses, dit Robert « Whytt, sans faire une observation que nous « croyons utile. Quoiqu'il paraisse, par l'ouverture « des cadavres de beaucoup de ceux qui sont morts « de maux de nerfs, que l'estomac, les intestins, « le foie, la matrice, etc., se trouvent obstrués, « squirrheux, ou attaqués d'un autre mal, néan- « moins, comme dans un *grand nombre* d'autres « gens morts des mêmes maladies, l'examen de « ces viscères n'a fait voir aucune trace de sem- « blables vices, il est permis de conclure que les « symptômes nerveux peuvent venir *fort souvent* « de causes qui, n'étant pas sensibles pour nos

» sens, ne peuvent être découvertes par l'ouver- » ture des cadavres. Nous sommes même tentés » de croire que les obstructions, les squirrhes, et » les autres maladies viscérales que l'on a obser- » vées dans les cadavres des personnes qui avaient » enduré long-temps quelques affections nerveu- » ses, ont été nombre de fois la *suite* ou *l'effet* » de ce que leur santé est restée mauvaise, plu- » tôt qu'il n'en ont été *la cause.* » (*Malad. nerv.*, t. 1, p. 565. — Paris, 1767.)

En général, dit Georget, les attaques hystériques diminuent de violence et de fréquence avec les progrès de l'âge. Passé quarante ou quarante-cinq ans, elles deviennent rares et elles se réduisent le plus souvent à des pertes où semi-pertes de connaissance avec des raideurs musculaires générales. Cette observation est exacte, mais elle n'appartient pas à Georget ; long-temps avant lui Boerhaave, Cheyne, etc., avaient remarqué et écrit qu'il suffit, en général, d'avancer en âge pour que cette maladie, ou plutôt pour que la disposition à cette maladie disparaisse.

C'est, au contraire, passé quarante ou quarante-cinq ans que les symptômes de l'hypochondrie se montrent dans toute leur intensité, ce qui concourt à indiquer que l'hypochondrie n'est pas une maladie nerveuse comme l'entendaient les auteurs.

A cet âge, poursuit Georget, les femmes sont ordinairement délivrées des attaques d'hystérie, mais c'est alors qu'on observe cet état hypochondriaque et mélancolique qui rend l'existence insupportable.

Bien que les auteurs n'aient guère indiqué que ce moyen de distinguer l'accès hystérique de l'accès épileptique, ils n'ont pas donné l'épilepsie comme une terminaison fréquente de l'hystérie, les faits auraient prouvé le contraire, et Georget lui-même qui, dans son système, ne voyait qu'un même point de départ dans l'hystérie et dans l'épilepsie, et des symptômes caractéristiques à peu près identiques, c'est-à-dire des attaques convulsives, est forcé d'avouer que « ce change- » ment fâcheux est heureusement fort rare ».

En résumé, cet auteur nous a laissé pour l'hystérie un pronostic moins vague que pour l'hypochondrie, sans doute parce qu'il en avait mieux suivi les phénomènes ; et s'il a commis quelque erreur dans l'histoire de l'affection hystérique, c'est seulement en lui donnant un point de départ hypothétique d'après des idées préconçues.

Comme presque tous les auteurs modernes, il ne pense pas que l'hystérie soit mortelle par elle-même ; en effet, à l'exception de très-peu de faits du genre de celui que M. Rullier a rapporté, les accès d'hystérie peuvent bien amener des accidents assez fâcheux, établir même des dispositions aux affections les plus graves, mais par eux-mêmes ils sont en général plus effrayants que dangereux. On ne voit plus de nos jours ces syncopes si prolongées, ces états de mort apparente, décrits par Arétée, Aétius, Pline-le-Naturaliste, Rabbi-Moyses, Ambroise Paré, Lancisi, etc.

L'hystérie a-t-elle perdu de son intensité, ou plutôt certains observateurs n'ont-ils pas été induits en erreur sur la réalité de cette maladie?

C'est ce que nous ne cherchons pas à décider ; quoi qu'il en soit, nous nous sommes bien gardés de faire de cet état de *collapsus* un troisième degré de l'hystérie, parce qu'en supposant même cet état plus fréquent qu'il n'est réellement, c'est plutôt un arrêt, une suspension, une chute, qu'un accroissement de phénomènes hystériques.

Quelle que soit la fréquence et la gravité de ces diverses terminaisons de l'hystérie, toujours est-il que nous avons ici le bénéfice de l'âge qui détruit peu à peu la susceptibilité nerveuse, et conséquemment la prédisposition hystérique. Indépendamment de cette circonstance, le pronostic est encore moins grave que dans l'hypochondrie ; le danger ne peut venir que de la violence des attaques, et encore ce danger ne paraît pas aussi imminent, du moins dans nos climats, qu'on le pense généralement. Dans la presque totalité des cas, les convulsions s'apaisent peu à peu, et la respiration devient en même temps plus libre.

§ VIII. Tout le monde connaît l'observation intéressante que M. Rullier a consignée dans sa thèse inaugurale (Paris, 1808). Georget ne l'a point passée sous silence ; mais si on ne s'en rapportait qu'à l'extrait qu'il en a donné, on serait peut-être porté à croire qu'une véritable congestion cérébrale aurait été le point de départ des symptômes, tandis que les observateurs (MM. Rullier et Blainville) n'ont trouvé *aucune* altération capable de déterminer une série d'accidents aussi formidables. Voici le fait :

Une jeune fille de quinze ans, nommée Alezi, offrant tous les signes de la puberté confirmée, éprouva une suppression de règles à la suite d'une vive frayeur. Rien de fâcheux n'en résulta cependant ; mais au retour de l'époque suivante, elle est prise de malaise et se plaint d'engourdissements dans les jambes et dans les cuisses. Le jour suivant, sentiment de strangulation tel que l'aurait déterminé un collier très-serré ; région hypogastrique, siége d'un *gonflement marqué* ; sensation de gêne dans les parties génitales. Les membres et le tronc sont agités de mouvements convulsifs répétés. Constriction et spasmes au pharynx, tellement intenses, que la malade ne peut prendre la moindre quantité de liquide. Quelque besoin qu'elle ressentît de boire, et quelques efforts qu'elle fît pour y parvenir, cela lui devint toujours impossible. Le lendemain elle est conduite à l'Hôtel-Dieu.

Les mouvements convulsifs continuaient avec la même force, la suffocation et l'anxiété étaient portées jusqu'au désespoir. Cette malheureuse fille conservait toute sa raison ; elle portait à tout moment les mains à son cou comme pour en arracher

le fatal collier. De même que la veille, elle ne pouvait prendre aucun liquide; elle priait instamment qu'on *cessât* de lui en présenter, tant était considérable la douleur qu'elle éprouvait au pharynx lorsqu'elle essayait d'avaler. La gêne de la respiration était inexprimable, et à tout moment il y avait menace de suffocation. Le pouls était serré, dur, fréquent et très-irrégulier. Les mouvements du cœur offraient les mêmes caractères; ils étaient forts, sensibles au tact, et même à la vue. La peau était rouge et couverte de sueur. Cette infortunée expira à quatre heures du soir, au milieu d'une violente exacerbation, et prononçant qu'elle était étranglée.

Nécropsie. Le pharynx, l'œsophage et l'estomac étaient à l'état *normal;* l'appareil circulatoire n'offrait aucune particularité remarquable, si ce n'est que le système à sang rouge était presque entièrement vide, tandis que le système à sang noir était rempli de ce liquide à demi-coagulé. Les poumons, sains et crépitants, étaient gorgés de sang noir; les organes des sécrétions furent trouvés à l'état normal, seulement un sang noir imprégnait tous les tissus, et avait engorgé aussi les veines cérébrales et les sinus de la dure-mère (cette dernière circonstance est *la seule* rapportée par Georget, tant il est difficile de se défaire de ses idées premières, même à l'aspect des faits). Malgré les recherches les plus minutieuses, les observateurs ne trouvèrent *aucune* altération, soit de conformation extérieure, soit de structure dans l'axe cérébro-spinal. Il en fut de même de ses enveloppes, ainsi que des nerfs émanés de cette source. Le nerf trisplanchnique, soumis aux mêmes investigations, n'offrit également rien d'insolite. Les organes reproducteurs étaient comme on les trouve dans l'état de virginité, excepté les ovaires qui se trouvaient enveloppés d'une sorte de tunique albuginée, comme transparente en plusieurs points; ils contenaient une foule de vésicules arrondies, et remplies d'un fluide muqueux abondant.

Cette observation pourrait fournir matière à de nombreuses réflexions, si la nature de notre travail le permettait; nous dirons seulement, en passant, qu'on a lieu de s'étonner, après des faits semblables, d'entendre répéter sans cesse que bien qu'on arrive *quelquefois* à la détermination d'une maladie par l'investigation des symptômes, on arrive *bien plus sûrement* encore à la même détermination par la *seule* inspection cadavérique. (*Clinique de M. Rostan*. Voyez *Lancette française*, t. III, n° 15.)

Il est évident que, dans le cas que nous venons de citer, l'inspection cadavérique *seule* pouvait faire soupçonner peut-être que la mort avait commencé par le poumon; mais quant à la nature de la maladie, elle ne pouvait rien apprendre, rien absolument.

Il y a plus, après avoir médité sur les symptômes, on pourrait se demander si cette jeune fille est réellement morte dans une attaque simplement hystérique. Les symptômes prédominants, comme l'a remarqué M. Rullier lui-même, pourraient plutôt être rapportés à l'hydrophobie qu'à l'hystérie. Il y a aussi des convulsions dans l'hydrophobie, et l'impossibilité d'avaler des liquides en est un des signes caractéristiques. La jeune malade conservait toute sa raison; elle se plaignait de la gorge, et suppliait les personnes qui l'assistaient de ne plus lui présenter des boissons. Même, au dernier moment, il n'y eut pas de demi-perte de connaissance, malgré l'intensité de l'exacerbation, etc., etc.

Quoi qu'il en soit, on peut dire que par sa rareté et par ses symptômes équivoques, la maladie dont nous venons de rapporter l'histoire ne saurait rendre plus grave le pronostic de l'hystérie. C'est d'une série assez considérable de faits qu'on doit tirer des inductions générales et non d'un fait particulier, et surtout lorsque ce fait lui-même n'est pas suffisamment prouvé, ou du moins est fort équivoque quant à ses caractères phénoménaux.

§ IX. Si maintenant nous passons aux auteurs qui n'ont vu dans l'hypochondrie d'autre lésion que l'état inflammatoire d'un viscère, dont les *érections vitales* détermineraient tous les symptômes moraux, il est à peine besoin de dire que, selon eux, les hypochondriaques ne peuvent périr que par les progrès de l'inflammation; pour l'hystérie, le pronostic porté par ces auteurs sera analogue, puisque, d'après leurs idées, l'hystérie consiste dans l'irritation inflammatoire des voies digestives ou de la matrice et des ovaires chez les femmes dont les nerfs sont très-irritables.

Quelques partisans de cette doctrine ont admis néanmoins que l'état névropathique peut exister d'abord sans phlegmasie; mais ils ajoutent que dans ce cas « les viscères finissent toujours par » s'enflammer, et que c'est encore par l'inflammation que ces névropathiques périssent. » (*Malad. nerv.*, p. 151.)

Nous en avons dit assez sur les terminaisons de l'hystérie, pour savoir à quoi nous en tenir relativement aux lésions organiques observées après la mort. Il suffit de consulter un petit nombre d'auteurs pour savoir que tantôt on a trouvé des altérations très-diverses, et plus souvent encore *aucune* lésion appréciable. Il est cependant des médecins qui écrivent encore aujourd'hui « qu'à » l'ouverture des cadavres *on trouve* des ulcérations au col de l'utérus, un squirrhe de l'ovaire, » des corps étrangers développés dans la matrice, » et presque toujours d'*horribles* gastro-entérites, etc. (Fourcade, *Prun.*, 329.)

Dans un ouvrage postérieur, le docteur Nauche a émis un pronostic général de l'hystérie plus juste, parce qu'il résulte de connaissances plus étendues et plus exactes sur la nature de cette maladie.

« Le spasme de l'utérus récent, dit-il, et borné » à cet organe, est ordinairement de peu de durée,

» Sa guérison est plus difficile lorsqu'il se com-
» plique de celui de l'axe cérébro-spinal. Quel-
» quefois, ne peut-on pas l'obtenir, il cesse par-
» fois au bout de quelques années, se prolonge
» rarement jusqu'au retour d'âge, et ne se con-
» tinue guère après la cessation des règles. »
(*Malad. des fem.*, t. II, 425.)

La conclusion générale de tout ce qui a été rapporté sur les terminaisons diverses de l'hypochondrie et de l'hystérie, c'est que celles de la première de ces deux maladies ont été regardées avec raison comme plus graves que celles de la seconde. L'étude que nous avons faite des symptômes peut rendre raison de cette différence. Les altérations organiques, données par les auteurs comme un genre de terminaison assez fréquent dans l'hypochondrie, sont dans la nature des choses; quand la maladie suit ses périodes, les altérations organiques ne sont pas même des terminaisons, car quand elles sont développées, la maladie existe encore, elle est arrivée à son *summum* d'intensité.

Dans la plupart des maladies pyrétiques, il y a des périodes d'*accroissement*, d'*état* et de *déclin*. Dans l'hypochondrie, si rien ne retarde la tendance imprimée à l'économie, elle marche jusqu'à la désorganisation complète des tissus organiques. Cependant la maladie peut s'arrêter après quelques symptômes moraux, le malade peut aussi passer à la seconde période et ne pas aller au-delà, c'est le cas le plus fréquent; ces hypochondriaques restent sujets à des névroses exacerbantes. On peut donc porter le diagnostic suivant :

L'hypochondrie est, en général, une maladie grave parce qu'elle résulte de causes le plus souvent permanentes ou difficile à éloigner.

Dans la première et dans la seconde période, le malade peut revenir à la santé la plus complète, et cela en quelques jours.

Dans la troisième période le pronostic est extrêmement sérieux, presque toutes les ressources de la médecine se bornent à l'emploi de quelques moyens palliatifs.

L'hystérie, par la nature et la succession de ses symptômes, donne lieu à un pronostic beaucoup moins grave que l'hypochondrie, lorsqu'on ne s'en laisse pas imposer par la violence des phénomènes.

Dans les divers degrés de l'hystérie, la nature médicatrice paraît plutôt lutter contre les causes d'excitation elles-mêmes, que contre les effets matériels de ces causes : les altérations organiques n'en sont que des terminaisons fort rares; elles n'entrent pas comme éléments dans cette maladie. Ainsi, tout en convenant que les carcinômes de l'utérus, les affections organiques des ovaires, etc., peuvent être considérées parfois comme des terminaisons de l'hystérie, nous devons ajouter que ces altérations organiques n'entrent cependant pas nécessairement dans la production de ses symptômes, et qu'on les observe tous les jours sans aucune apparence de ces mêmes symptômes; il est même remarquable que ceux-ci subsistent ordinairement pendant plusieurs années, sans laisser de traces semblables. Ces altérations organiques n'ont donc pas de liaisons de causalité bien déterminées avec les symptômes hystériques. On ne peut pas dire qu'elles en soient nécessairement la suite; aussi souvent ne sont-elles que des complications, de simples coïncidences; est comme il est dans la nature des maladies de ne pas exister simultanément à un même degré, les altérations organiques, qui ne rétrogradent presque jamais, doivent finir, dans la plupart des cas, par obscurcir et faire disparaître les symptômes caractéristiques de l'hystérie.

Nous avons dit, pour l'hypochondrie, que les terminaisons fâcheuses des auteurs, c'est-à-dire les lésions organiques, étaient moins des terminaisons que des affections secondaires, toujours sous la dépendance de l'hypochondrie. Pour l'hystérie, nous dirons que les terminaisons fâcheuses des auteurs, c'est-à-dire les paralysies partielles, complètes ou incomplètes, les rétractions spasmodiques, les tremblements, les tics, etc., sont moins des terminaisons que des *accidents* amenés par la violence des attaques, mais tout-à-fait en dehors de la maladie.

NATURE ESSENTIELLE.

§ I. Nous avons cru devoir réunir dans une même section les opinions des auteurs et ce que nous avons à dire nous-même sur la nature essentielle, le siége et la cause prochaine de nos deux maladies; il serait inutile de chercher à établir des distinctions subtiles entre ces expressions; les auteurs ont bien vu que les phénomènes morbides exprimés dans le cours des maladies, et que les altérations anatomiques laissées par ces maladies, n'en constituaient pas la nature intime, et ils ont employé ces diverses expressions pour désigner cette altération première; ou du moins les recherches pratiques qu'ils ont faites, et les raisonnements auxquels ils se sont livrés pour arriver à la connaissance du siége, par exemple, ont été les mêmes que pour arriver à celle de la nature essentielle et de la cause prochaine. C'est la partie de la médecine qui a soulevé le plus de discussions; *hœc est causa illa pro cujus determinatione tam acerba vulnera inter medicos quotidiè refricant et singulorum animi tam fœdâ dissentione commoventur*, dit Baglivi (*De causâ proxima morborum*). Rien n'a causé plus de préjudice aux progrès de la science, nous sommes loin de le nier; mais ne sommes-nous pas tombés de nos jours dans un excès contraire? Pourquoi poser, de notre autorité privée, une barrière à l'esprit humain en déclarant que toute discussion à ce sujet serait oiseuse, parce que cette nature intime échappera *toujours* à tous nos moyens d'investigation? Si nous voulions chercher de bonne foi ce qui doit résulter de cette manière de raisonner, nous verrions qu'après avoir amassé une immense quantité des faits prouvés exacts, rigoureux même, nous n'aurions encore que des faits, et point de science proprement dite. Sans doute nos devanciers se sont trop pressés dans la recherche des causes prochaines, ils n'avaient pas assez fait usage de la méthode expérimentale; mais pourquoi interdire aujourd'hui aux médecins toute recherche à ce sujet? Évitons dans nos discussions l'âcreté que Baglivi reproche aux médecins de son temps; cherchons seulement à nous éclairer, et ne négligeons aucune partie de terrain de la science.

On ne doit recourir à l'autorité en médecine, a-t-on dit, que d'une manière secondaire, c'est-à-dire pour corroborer les faits d'observation. Rien n'est plus vrai; mais comme on doit aussi accorder quelque chose à cette puissance du génie qui devance parfois l'observation et qui semble deviner les faits qui lui sont cachés, les jugements portés par les hommes qui, à diverses époques, ont honoré la science, ne doivent pas être dédaignés; on doit en tenir compte, et c'est ce que nous allons faire relativement à la cause prochaine des deux maladies qui nous occupent.

Les anciens médecins, dit Robert Whytt, et avec eux plusieurs modernes, ont cru devoir regarder la matrice comme l'unique ou du moins comme le principal siége de la maladie hystérique, mais quant aux parties qui sont essentiellement affectées dans la maladie hypochondriaque, les opinions ont été différentes et même contradictoires (*Mal. nerv.*, t. I, p. 396).

Les nombreuses différences qui distinguent ces deux maladies ont frappé en effet presque tous les anciens; et parmi les modernes ceux qui les ont admises ne sont pas d'une autorité inférieure à ceux qui les ont rejetées.

§ II. On peut d'abord partager les auteurs, relativement à leurs opinions, en deux grandes classes; 1° ceux qui distinguent l'hypochondrie de l'hystérie; 2° ceux qui regardent ces deux maladies comme identiques. On peut établir entre eux de nouvelles divisions relativement à leurs opinions particulières sur le siége de l'hypochondrie et sur celui de l'hystérie. Sur le siége de l'hypochondrie: entre ceux qui le placent dans les voies digestives et ceux qui le placent dans d'autres organes; sur le siége de l'hystérie: entre ceux qui le placent dans le système utérin et ceux qui le placent dans d'autres organes.

Dans la première classe, c'est-à-dire, parmi ceux qui ont distingué l'hypochondrie de l'hystérie, on doit remarquer Démocrite, Hippocrate, Dioclès Carystus, Celse, Galien, Arétée, Aétius, Paul d'Égine, Rhazès, Avicenne, Sérapion, et la plupart des médecins arabes; Fernel, Sennert, Michaëlis, Rivière, Ettmuller, Zachias, Willis, Mondeville, Stahl, Junker, Hoffmann, Pressavin, Sauvages, Chambon, Astruc, Cullen, Bosquillon, Pujol, Pinel, Louyer-Villermay, Georget, etc., etc.

Parmi ceux qui regardent l'hypochondrie et l'hystérie comme des maladies identiques, on cite

spécialement Carolus Piso, Hygmore, Sylvius, Sydenham, Boerhaave, Van-Swieten, Alberti, Whytt, Lorry, Tissot, Pomme, etc.

Si maintenant nous passons aux auteurs qui ont placé le siége de l'hypochondrie dans une partie quelconque de la série des organes digestifs, soit dans l'estomac, soit dans le mésentère, le foie, la rate, les intestins, etc., nous aurons surtout à noter : Galien, Aétius, Cœlius Aurélianus, Rhazès, Mercurialis, Amatus Lusitanus, Eugalenus, Michaëlis, Rivière, Hygmore, Pressavin, Broussais, Louyer-Villermay, etc.

Parmi ceux qui n'ont pas admis cette dernière opinion, se trouvent : Willis, Sydenham, Stahl, Alberti, Junker, Whytt, Pomme, Cullen, Tissot, Pinel, Georget, M. Falret, Voisin, etc., etc.

La question du siége de l'hystérie a encore entraîné d'autres dissidences. Ceux qui le placent dans l'utérus comptent avec eux presque tous les auteurs anciens depuis Démocrite jusqu'aux médecins arabes, puis Rivière, Michaëlis, Ettmuller, Alberti, Dimerbroeck, Vésale, Morgagni, Henricus, Hoffmann, Freind, Chambon, Pressavin, Astruc, Sauvages, Cullen, Pujol, Pinel, Louyer-Villermay, etc.

On trouve enfin au nombre de ceux qui n'admettent pas ce siége : Charles Lepois, Carolus Piso, Hygmore, Willis, Sydenham, Dumoulin, Stahl, Boerhaave, Cheyne, Whytt, Raulin, Pomme, Lorry, Tissot, Georget, M. Voisin, etc.

§ III. Pour apprécier la valeur relative qu'on doit attacher à ces diverses opinions des auteurs, il nous resterait peut-être à examiner les idées qu'ils ont émises à l'appui de ces opinions; mais, comme les explications données par le plus grand nombre ne peuvent être d'aucune utilité pour éclaircir la question qui nous occupe, et que rien ne serait plus fastidieux que de longues citations de ce genre, nous n'examinerons les autorités que sous le point de vue très-général de la différence ou de l'identité de l'hypochondrie et de l'hystérie, sauf à entrer dans de plus longs développements lorsque nous arriverons aux auteurs voisins de notre époque médicale.

Nous allons donc jeter un coup d'œil rapide sur les opinions particulières des médecins anciens, suivant l'ordre dans lequel nous les avons énumérés.

§ IV. « Démocrite me paraît avoir eu raison, » dit Sydenham (p. 77), d'assurer, dans sa lettre » à Hippocrate, que l'affection hystérique est la » source d'une infinité de maux, quoiqu'il se » trompât en désignant la matrice comme *cause* » de cette affection. » Il n'entrait pas dans les idées du médecin anglais de partager le sentiment de Démocrite sur cette cause prochaine de l'hystérie, puisque, confondant cette maladie avec l'hypochondrie, il la croyait commune aux deux sexes.

§ V. Hippocrate a parlé de la mélancolie, et lui a assigné ses caractères ; il a aussi parlé de l'hypochondrie, si l'on veut, mais non de l'hypochondrie comme nous l'entendons aujourd'hui ; c'est pour cela qu'on a trouvé sa description incomplète. Sous le nom d'αναντη, il ne réunit que des symptômes gastriques et quelques phénomènes très-vagues.

Quant à l'opinion qu'on prête à Hippocrate touchant les causes prochaines des phénomènes hystériques, elle n'est pas de lui ; Galien l'attribue à Platon; et malgré l'autorité d'Erotien, on doit croire avec Mercurial qu'Hippocrate n'a eu aucune part dans la composition des traités *De naturâ muliebri*, *de morbis muliebribus* et *De sterilibus.*

§ VI. Tout en admirant certaines descriptions pittoresques d'Arétée, celle, par exemple, du phthisique arrivé au dernier degré, nous ne pouvons partager le sentiment de M. Louyer-Villermay, qui trouve *beaucoup d'exactitude* dans sa description de l'hystérie, et qui prétend que cet auteur n'entrave pas l'"*exposition des faits* par *des hypothèses* (*Recherches sur l'hyp.*, p. 3 et 5).

C'est à peine, au contraire, si on trouve quelques faits un peu suivis dans la description dont nous parlons; partout elle est entravée par les prétendus déplacements de l'utérus, qu'Arétée fait continuellement voyager de la vulve à l'appendice xyphoïde. L'utérus, suivant lui, ressemblé à un arbre dont les branches flexibles suivent les impulsions d'un vent léger, etc., etc.

Les descriptions des anciens sont souvent entachées d'explications encore plus erronées ; l'atrabile obscurcit l'âme dans l'hypochondrie et dans la mélancolie ; les idées, suivant quelques-uns, tirent alors leur teinte sombre de la couleur noire de cette humeur. Faut-il pour cela dédaigner l'antiquité médicale ? Nullement. « Les anciens, » dit Pascal, doivent être admirés dans les con» séquences qu'ils ont tirées du peu de principes » qu'ils avaient, et ils doivent être excusés dans » celles où ils ont plutôt manqué du bonheur de » l'expérience que de la force du raisonnement. » (*Pensées diverses*).

Notre respect pour l'antiquité ne doit pas cependant aller au-delà de certaines bornes ; admirons-les d'avoir pu apprécier les différences et les phénomènes les plus marquants de nos deux maladies ; mais, d'un autre côté, loin d'approuver leurs explications, excusons-les d'y avoir eu recours, et cela avec d'autant plus de raison que si *le bonheur de l'expérience* est utile, c'est surtout en médecine ; non qu'il faille admettre, d'une manière absolue, la maxime de Baglivi : *Medicina non ingenii humani partus est, sed temporis filia* ; mais parce qu'il faut le concours de ces deux choses : le génie et le temps.

§ VII. Cependant Galien a assigné à l'hystérie la plupart de ses véritables symptômes et dans l'ordre réel de leur développement; et en outre

il a fait voir l'absurdité (c'est l'expression dont il s'est servi) de ceux qui prétendent que l'utérus se meut à la manière d'un animal, dans la passion hystérique. Cette idée, dit-il, avait été émise par Platon : « Quâ de re Platonem ita scripsisse comperimus : uterum veluti animal esse, quod universo corpori nocere posset : errans per totum corpus et spiritûs meatum obstruens, respirareque non sinens, in extremam anxietatem dejicit, atque multos alios morbos excitat; hæc dicente Platone, quidam addiderunt, etc. » On conçoit tout ce qu'on a pu ajouter à de pareilles idées ; bien loin de partager ces erreurs, Galien dit que ceux qui les ont accréditées n'avaient aucune connaissance en anatomie ; car les personnes *exercées* dans cette science savent, dit-il, que ces mouvements de la matrice sont impossibles ; « et si aliquid uteri ascendere videatur, id perexiguum est, neque sufficit ad hoc, ut totum ipsius spatium ne ad ventriculum quidem ascendisse ostendat, etc., » (*De locis affectis*, lib. VI, 3, 38, F.).

Pour ce qui est de l'hypochondrie, Galien, comme nous l'avons fait pressentir, s'est livré à des explications qui ne lui étaient que trop familières, c'est-à-dire, à ses théories humorales ordinaires :

« Porrò multos non solum insomnia, et somni tumultuosi molestant, sed amentia quoque *propter* vitiosum humorem in ore ventriculi acervatum ». (*De locis affect.* 5, lib. III, 32 c.)

Il distinguait parmi les hypochondriaques ceux qui étaient affectés de *spleen*, comme formant une espèce particulière : « Plures in ipsis splenici quoque sunt. »

§ VIII. Longtemps avant Galien, le célèbre Dioclès Carystus, médecin d'Antigone, avait indiqué quelques symptômes gastriques pris à tort pour des symptômes d'hypochondrie, et il en avait recherché le siége et la cause prochaine. Ce médecin est le premier, dit Zachias, qui ait désigné l'hypochondrie sous le nom de *morbus flatuosus seu flatulentus ;* avant lui, on la nommait, avec Hippocrate, *ἀναντῆ morbus ressicatorius.* Zachias a partagé l'erreur commune ; Hippocrate et Dioclès n'ont pas désigné sous ce nom l'hypochondrie. Toutefois, la description de Dioclès est plus précise que celle d'Hippocrate, et sous ce rapport, on peut aussi le regarder comme supérieur à Arétée; après avoir parlé de quelques maladies de l'estomac, Dioclès, au rapport de Galien, s'exprime de la manière suivante (*De locis affect.*, III, cap. 5): « Oritur alius a ventriculo morbus qui ab aliis melancholicus ab aliis flatuosus nominatur, quem sumpto cibo maximè coctu difficili et caustico, sputum humidum, idemque multùm comitatur, item ructus acidissimi, flatus, æstus in hypochondriis, fluctuatio non illico sed quùm retinuerint : interdùm ventriculi quoque vehementes dolores, qui nonnullus ad dorsum usque procedunt; concoctis deindè cibis quiescunt ; mox ingestis aliis cibis, eadem revertuntur accidentia, quæ interdùm jejunos, interdùm etiam a cœnâ molestant, atque evomunt crudos cibos et phlegmata, vel subamara, etc. »

Ici, comme nous le verrons tout-à-l'heure, Dioclès Carystus n'a pas entendu décrire la maladie connue aujourd'hui sous le nom d'hypochondrie ; c'est une maladie des voies digestives qu'il veut faire connaître, *alius a ventriculo morbus ;* c'est la gastro-entérite chronique dont on a cru faire la découverte de nos jours; il appuie sur les symptômes signalés dans nos ouvrages modernes : « Douleur stomacale, le plus souvent irrégulière ou intermittente, qui augmente après le repas, surtout lorsqu'il a été copieux, ou après l'ingestion de substances irritantes; la chaleur morbide, qui ne s'observe qu'au moment des digestions; des éructations acides et même âcres; des flatuosités, des rapports, etc.; accidents qui se renouvellent à chaque digestion, etc. » (Rayer, *Dictionn. de méd.*).

Il y a plus, le médecin d'Antigone connaissait les *épaississements partiels*, découverts encore tout récemment; laissons-le parler lui-même : « Aiunt nonnulli, os ventriculi, quod intestinis continuatur, in hujusmodi morbis inflammari, ac ob inflamationem ipsam et obstrui et prohibere ne alimenta, statuto tempore, ad intestina descendant; quamobrem diutiùs quam decet, in ventriculo morantur et dolores et œstus ac reliqua quæ prædicta sunt afficiunt. »

La description d'Hippocrate est beaucoup moins complète que celle-ci, mais elle suffit pour montrer que, de même que Dioclès, il n'a pas parlé réellement de l'hypochondrie, en supposant qu'Hippocrate soit l'auteur de l'ouvrage dans lequel se trouve ce passage.

Galien a bien remarqué que Dioclès n'avait pas décrit les symptômes réels de l'hypochondrie, et il lui reproche d'avoir omis précisément ceux *quæ hypochondriacam affectionem tamquàm charactere designant,* c'est-à-dire, l'état moral des sujets.

Reproche remarquable en ce qu'il prouve que le génie observateur de Galien avait bien entrevu ce qui constitue l'hypochondrie, et ce qui n'est que secondaire dans cette affection.

Sennert a cherché à justifier Dioclès, en disant que ce médecin ne s'était pas proposé de décrire la monomanie hypochondriaque dans l'espèce, mais bien l'affection hypochondriaque dans le genre ; car on peut observer, ajoute Sennert, des maladies des organes contenus dans la région des hypochondres sans traces de mélancolie. (*De affect. hypoch.*)

§ IX. On peut dire qu'Aétius, sous le rapport du rôle attribué aux humeurs, n'a pas été moins loin que Galien ; comme il avait remarqué que dans l'hypochondrie les premiers symptômes ont le cerveau pour point de départ, il admet que

toute la masse du sang reste saine, à l'exception de cette partie qui se trouve en rapport avec le cerveau. « Alio tempore, sanguine in toto homine » illæso permanente, is, qui juxtà solum cere- » brum est, alteratur. »

Mais il pense que, dans le plus grand nombre des cas, une exhalation de l'humeur mélancolique s'élève vers la tête, et cela d'autant plus facilement que l'estomac a des connexions très-étroites avec le cerveau par le moyen des nerfs pneumo-gastriques. « Nam os ventris quomodocumque » affectum facilè ad consensum ducit cerebrum » ob cognationem per maximos duos nervos qui » in supernis ad ipsum deferuntur. » (Ætii, *Tatrabib.*, *serm.* II).

Les premiers symptômes qui ont lieu dans les voies digestives sont très-bien indiqués par cet auteur, puis les insomnies des malades : « Somni » parvi, divulsi, insomnia turbulenta, et vibratio- » nes corporis aliæ alias, vertigines capitis et fla- » tuum sonitus circa aures. » Leurs craintes excessives : « Non pauci ipsorum mortem timent » et alia quædam nullo timore digna. » Mais c'est surtout pour l'explication qu'il donne de ces craintes qu'Aétius a besoin d'excuse ; rien n'est plus puéril : « Nihil miri est; videmus enim etiam extrà » corpus nihil nobis ita horrendum velut sunt te- » nebræ. Quùm igitur velut caligo quædam ratio- » nali animæ parti circumfusa fuerit, necesse est » timere hominem, ut qui causam timoris secum » in corpore circumferat ! »

Loin d'avoir besoin d'excuse, Aétius mérite des éloges dans sa description des effets de l'hystérie. Le point de départ lui est bien connu ; et, sans s'appesantir sur de prétendus déplacements de la matrice, comme le fait Arétée de Cappadoce, il explique la propagation des spasmes par le seul moyen du *consensus* qui lie tous les organes entre eux. « Uteri strangulatio ab utero quidem infernè » oritur (nous verrons la même remarque déve- » loppée par Fréd. Hoffmann) verum supernæ » partes et principales præsertim, per *consensum* » afficiuntur, nam ad cerebrum per nervos affectio » *transit*; videturque uterus *velut* ad supernas par- » tes ascendisse. » (Ætii, *Tatrabib.*, *serm.* IV, cap. LXVIII.)

Pour nous servir des expressions de Pascal, c'est ici que nous devons admirer Aétius dans les conséquences qu'il a tirées du peu de principes qu'il avait; au dix-neuvième siècle il n'aurait guère pu dire rien de mieux ; il a exprimé, à une époque où l'anatomie n'était pas même encore dans son enfance, ce qu'on lit dans les ouvrages les plus récents : « Rarement le spasme est borné à ces parties, dit » M. Nauche, il se transmet à l'estomac, au cœur, » au cerveau, et aux organes avec lesquels l'uté- » rus a des connexions nerveuses ou sympathiques.» (*Des maladies propres aux femmes,* t. II, p. 416. Paris, 1829.)

La description de l'attaque hystérique tracée par Aétius est assez exacte, elle est préférable à celle transmise par Arétée. Il dit que la vie peut persister encore quelque temps, bien que la respiration paraisse entièrement suspendue, et il blâme, à cette occasion, ceux qui pensent s'assurer de la réalité de la mort au moyen de légers flocons de laine placés près de la bouche ou des narines. Mais en même temps Aétius fait une supposition qui tenait aux préjugés anatomiques de son temps, il ajoute que la respiration a lieu alors, intérieurement, dans toutes les artères.

§ X. Suivant Paul d'Égine, l'hypochondrie est une espèce de mélancolie, et la mélancolie est une maladie apyrétique caractérisée par une sorte de délire.

« Melancholia delirium quoddam est citrà fe- » brem, ex atrabiliario humore, qui mentem oc- » cupavit, maximè oriens.

» Quandoque ipso cerebro primario affecto, » quandoque unà cum toto corpore permutato. » Sed et tertia melancholiæ species est, quam » flatuosam et hypochondriacam, id est, præcor- » dialem nominant, ex inflammatione præcordio- » rum circà stomachum oborta, quæ aliquando » auram quamdam pravam, etc., ad cerebrum » transmittunt ». (*Pauli Ægineti,* cap. XIV.)

Paul d'Égine ne s'est laissé aller ici qu'à des suppositions telles qu'on en a fait de tout temps, et telles qu'on en fait de nos jours. Pour lui, la cause immédiate de l'hypochondrie, ou mieux des lésions morales qu'on observe dans cette maladie, réside dans une inflammation des organes digestifs, d'où s'élève, suivant lui, une vapeur vers le cerveau ; pour Pujol, cette cause immédiate est une hépatite chronique ; pour M. Broussais, c'est une gastro-entérite chronique, d'où surgissent des *érections vitales* qui stimulent le cerveau. On voit que les différences ne sont pas encore aussi grandes que pourraient le faire croire les siècles qui nous séparent de Paul d'Égine.

Ce qu'il y a de remarquable encore, c'est que Paul d'Égine faisait aussi partir ses *émanations vitales* de l'irritation, même quand cette irritation ne s'élevait pas au degré de l'inflammation ; distinction que quelques personnes nous donnent comme toute nouvelle. Ainsi, au rapport de Sennert, Paul d'Égine ne supposait qu'une simple irritation : « Non veram inflammationem sed φλογωσιν » seu calorem et æstum intelligit : φλεγμονη autem » propria dicta, admitti non potest, cum hæc sinè » febre, quæ in hoc affectu raro apparet, excitari » non possit. »

Il serait difficile de mieux exposer les symptômes de l'aliénation mentale que ne le fait cet auteur ; il termine sa description par une observation qui mérite de nous arrêter.

On sait que c'est l'école fondée par Démocrite qui, devançant son siècle, substitua aux prétendues causes divines des aliénations mentales, des causes naturelles et dépendantes de l'organisme.

Du temps de ce philosophe, en effet, on attribuait tous les phénomènes de ces maladies à la présence d'une divinité malfaisante, qui maîtrisait entièrement le malade ; on sait encore que dans le moyen âge on revint à ces idées, et que l'esprit malin était regardé comme la cause de toutes les maladies qui frappent de terreur les esprits vulgaires. C'était, en quelque sorte, une recrudescence de l'époque que j'ai appelée thaumaturgique.

Paul d'Égine ne partageait pas ces préjugés, mais, en bon observateur, il remarque que ce sont les malades qui se croyaient parfois sous l'influence d'une divinité puissante, et qui prétendaient qu'inspirés par elle, ils pouvaient prédire les événements futurs.

« Quidam vero etiam putant se aliquibus majoribus potestatibus impelli et futura prædicere, velut numine afflati, quod etiam privatìm numere afflatos nominant ». (*In loco citato.*)

Ce genre de manie ne survient jamais par le fait du développement de l'hypochondrie ; il peut être amené dans la folie par des hallucinations tellement bizarres, que les individus se croient obsédés par un génie malin, qui a le pouvoir de leur commander et de les initier à certaines choses, etc.

Dans l'hypochondrie, comme l'a remarqué Cabanis, il y a plutôt abattement et langueur dans les opérations intellectuelles; mais quand les désordres moraux, dit ce même Cabanis, sont provoqués par des affections nerveuses des organes de la génération, c'est-à-dire par des affections hystériques, ont les voit « accompagnés de phénomènes dont la bizarrerie a paru, dans les temps d'ignorance, supposer l'opération de quelque être surnaturel. Les catalepsies, les extases et tous les accès d'exaltation qui se caractérisent par des idées et par une éloquence au-dessus de l'éducation et des habitudes de l'individu, tiennent le plus souvent aux spasmes des organes de la génération. » (*Influence des malad. sur les idées.*)

Nous nous sommes arrêtés sur ce point, parce que nous y avons trouvé une différence de plus entre l'hypochondrie et l'hystérie. Dans l'hypochondrie, en effet, on ne voit que trop souvent l'esprit se rétrécir à force de s'occuper d'une seule chose, et de rester concentré sur de fausses idées de maladies et de remèdes ; dans l'hystérie on a quelquefois remarqué des attaques surprenantes par l'élocution comme inspirée, et par le grandiose des pensées de certaines malades ; ce qui faisait dire à Diderot que, dans le délire hystérique, la femme revient sur le passé, qu'elle lit dans l'avenir, et que tous les temps lui sont présents. Rien qui se touche de plus près, ajoutait ce philosophe enthousiaste, que l'extase, les visions, les prophéties, les révélations, la poësie fougueuse et l'hystéricisme.

Mais ceci devient une digression.

Quelque erronées que soient les explications données par les anciens médecins sur la nature essentielle de nos deux maladies, et surtout sur celle de l'hypochondrie, nous avons vu qu'elles sont souvent accompagnées d'observations profondes et exactes, et que ces observations portent aussi sur les différences de l'hypochondrie et de l'hystérie ; en effet, bien que le premier point de départ des phénomènes hypochondriaques n'ait pas été précisé par les anciens, bien qu'ils aient fait jouer à une humeur qui n'existe pas, un rôle imaginaire, ils n'en ont pas moins cependant distingué les principaux symptômes et les caractères les plus tranchés. D'un autre côté, leurs observations sur l'hystérie ont été plus généralement exactes ; si l'on en excepte les suppositions absurdes de Platon, le siége est bien indiqué : la succession des phénomènes laisse peu de chose à désirer ; peut-être ces phénomènes nous paraissent-ils exagérés; mais, soit à cause de la différence des climats, soit à cause de la différence des mœurs, ou de toute autre circonstance, il paraît que dans l'ancienne Grèce et dans l'antique Italie, les affections hystériques s'élevaient à un degré d'intensité presque inconnu de nos jours.

Sans connaître la nature des relations qui existent entre l'esprit et les organes, les anciens les avaient entrevues, et ils en ont donné les signes. Sans connaître non plus le genre de lésion dont était affecté le système utérin, ils ont reconnu qu'il était *primitivement* affecté, et que de là surgissaient tous les symptômes caractéristiques de l'hystérie.

Voyons si à des époques moins reculées, on a conservé les différences de ces deux maladies, tout en se livrant à des hypothèses pour expliquer le développement de leurs symptômes.

§ XI. Les médecins arabes, dit Zachias, ont nommé l'hypochondrie *morbus mirachialis* « quoniam *mirach* apud ipsos membranam illam cui intestina alligata sunt significat. » Cet auteur ajoute cependant un peu plus loin que *mirach* signifie aussi toute la cavité abdominale.

Quoi qu'il en soit, Avicenne ne paraît pas faire dépendre l'hypochondrie d'une lésion du mésentère, ni d'une affection générale des organes renfermés dans l'abdomen. Le foie et la rate lui semblent produire, dans certaines circonstances, les humeurs morbifiques qui causent la maladie. Quant aux symptômes et même quant à ses hypothèses, il ne fait que copier les anciens.

Les symptômes sont assez bien décrits, mais ces symptômes ne peuvent appartenir qu'à une période déjà fort avancée de l'hypochondrie, c'est-à-dire lorsque déjà il existe des lésions organiques dans les voies digestives : « Sunt quidam, quibus accidit dolor stomachi cùm comedunt, et sedatur post concoctionem et eorum plurimi sunt melancholici et patiuntur melancholiam hypochondriacam : sunt adhùc quidam, quibus accidit

» dolor in fine spatii comprehensionis cibi in » stomacho et his dolor non sedatur donec evo» muerint humorem, etc. » (AVICEN., *Canon* » *medicinæ*, III.)

Il est évident que les premiers malades dont parle Avicenne étaient affectés de phlegmasies chroniques amenées sous l'influence de l'état moral hypochondriaque, et que ceux qui ne trouvaient de soulagement qu'après avoir vomi, étaient probablement arrivés à la période des dégénérescences organiques.

Pour l'explication de la cause prochaine et du siége de l'hypochondrie, Avicenne, comme la plupart des médecins arabes, adopte les théories humorales des Grecs ; il cherche à rendre raison de la différence de certains symptômes, par la différence des humeurs morbifiques ; il ne dit pas toutefois, à l'exemple de quelques anciens, que la même humeur produit tous les phénomènes, suivant qu'elle se porte sur les divers organes ; selon lui, l'humeur fournie par le foie détermine tel ordre de symptômes, et celle fournie par la rate telle autre série de symptômes.

§ XII. Sennert n'a d'opinions à lui que lorsqu'il entre dans les détails des explications ; quant au siége considéré d'une manière générale, et aux symptômes des deux maladies qui nous occupent, il se range de l'avis de ceux qui l'ont précédé.

Afin de faire comprendre plus facilement tout ce qu'il a à dire sur le siége et les causes de l'hypochondrie, il commence par la description des phénomènes de la digestion qu'il divise en stomacale et en intestinale. C'est dans le dérangement de cette fonction qu'il va chercher les causes prochaines : « Si verò quid peccatur, plurima » excrementa circa primæ et secundæ coctionis » organa colliguntur è quibus posteà varii morbi » excitantur. »

L'autorité de Fernel est d'un grand poids pour Sennert, relativement au siége de l'hypochondrie ; il adopte entièrement le sentiment de cet auteur, qui s'accorde d'ailleurs avec sa théorie des troubles fonctionnels des organes digestifs.

Le lieu choisi par Fernel est le même, et il fait à cette occasion une sorte de profession de foi : « Ego hoc affirmo, profiteor, choleræ, me» lancholiæ, diarrheæ, etc., causas me in his » sedibus invenisse. » (Lib. VI, *De part. morb. et sympt.*)

Sennert ne s'en est pas tenu là ; il a cru devoir préciser davantage le siége et la cause prochaine de l'hypochondrie ; et pour rendre plus claire sa théorie, il a considéré successivement 1° le lieu qui contient primitivement les humeurs viciées ; 2° la nature de ces humeurs ainsi viciées ; 3° les affections diverses que ces humeurs développent dans l'économie (Senn., *De affect. hypoch.*, t. II). Nous ne le suivrons pas dans les développements qu'il a donnés à ces premières idées, il nous suffira de faire remarquer que, frappé surtout de certaines lésions circulatoires, telles que des battements extraordinaires du tronc cœliaque, et des changements organiques observés par quelques anatomistes dans le système de la veine-porte, il a été conduit à admettre encore comme siége de la maladie les branches principales de la veine-porte, du tronc cœliaque, et les artères mésentériques. Il n'avait considéré la maladie que lorsqu'elle a, comme le dit Georget, plusieurs foyers.

Remarquons ici que nous trouvons toujours beaucoup moins de variations entre les auteurs, relativement à l'hystérie qu'à l'hypochondrie ; soit parce que le point de départ dans l'hystérie est en quelque sorte indiqué par la succession ordinaire des symptômes, soit parce que ces symptômes ayant une marche beaucoup plus rapide que dans l'hypochondrie, les observateurs ont pu en suivre avec plus de facilité la naissance, l'enchaînement et les terminaisons.

Assurément nous verrons les auteurs faire presque autant d'hypothèses sur la nature de la lésion des organes de la génération, et sur la propagation des symptômes hystériques, que sur les variations et la multiplicité des phénomènes de l'hypochondrie ; mais nous verrons en même temps les bons observateurs ramener toujours à des sources différentes les désordres des deux maladies. Aussi, tant que les hypothèses sur leur nature essentielle ne nous paraîtront pas dignes d'être réfutées, nous ne parlerons que des symptômes caractéristiques indiqués par les auteurs ; mais lorsque nous serons arrivés à notre époque, nous examinerons avec plus de détail les opinions émises sur leur cause prochaine.

Que Sennert ait trouvé quelque analogie entre le scorbut et l'hypochondrie, cette idée n'est pas aussi singulière qu'on l'a dit, car il a pu les voir coïncider, comme cela n'arrive que trop souvent à bord des bâtiments, dans les voyages de long cours ; quoi qu'il en soit, il n'a eu garde d'en trouver entre les symptômes de l'hystérie et ceux de l'hypochondrie. L'hystérie lui paraît « gravissi» mus et admirandus affectus qui non solùm » ægrotantibus, sed medicis sæpè et adstantibus » timorem incutiat. » (*De suff. hyst.*, t. II, p. 668.)

Sennert a pu adopter les idées de Fernel, sur le siége et les causes immédiates de l'hypochondrie, parce que ces idées rentraient dans certaines théories générales alors en vogue ; mais il était trop bon observateur pour partager le sentiment de Fernel sur les mouvements de la matrice.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que Fernel, malgré ses vastes connaissances, reproche à Galien précisément ce qu'il a dit de mieux : Galien avait prouvé que la matrice ne peut errer dans l'abdomen, et encore moins remonter jusque dans la poitrine.

Fernel prétend que Galien l'avait induit en

erreur, et que, dans plusieurs cas, il a senti cet organe remonter sous sa main jusqu'à l'estomac. (*De morb. partium quœ sub diaphragmate sunt*, cap. XVI, *uteri sympt.*)

Sennert n'a pas imité Fernel, et même la théorie qu'il a développée à ce sujet sort des limites ordinaires du galénisme, comme nous allons le faire voir.

On a dit que, jusqu'à l'époque de la découverte de la circulation, c'est-à-dire, jusqu'à Servet, Colombus, Césalpin et Harvée, toutes les écoles de médecine en Europe étaient restées sous le joug d'un galénisme fondé sur la philosophie d'Aristote ; et que ce n'est que lorsque le système de Descartes fut introduit en médecine que, pour la première fois, on laissa les humeurs pour la matière subtile ; c'est une erreur, les anciens eux-mêmes ont parlé de cette matière : *aura quœdam* prava ad *superiora transit*, dit Paul d'Égine; et Sennert ne reconnaît pas d'autre cause immédiate dans le développement de l'accès hystérique. « Nos » *unicam* et proximam causam esse statuimus, va- » porem malignum et venenatum per arterias, venas » et nervosum genus ad superiores partes elevatum, » earumque actiones variè lœdentem. »

Sennert entre ensuite dans beaucoup de raisonnements pour prouver qu'une humeur, quelle qu'elle soit, ne pourrait jamais s'élever avec assez de rapidité pour produire tous les désordres d'un accès hystérique ; ce n'est donc pas une humeur qui s'élève de la matrice, dit-il : « Sed SUBTILIS- » SIMUS VAPOR, aura, vel spiritus, vi et efficaciâ » potens attollitur. »

Il est donc évident que, sous ce rapport, le système de Descartes n'a rien introduit de nouveau en médecine. Ne peut-on pas en dire autant des fluides impondérables qu'on veut de nouveau admettre dans l'économie (V. *Journal hebd.*), et qui, dit-on, peuvent devenir malades ? Ces fluides impondérables, ainsi lésés, sont-ils autre chose que l'*aura prava* de Paul d'Égine, et le *subtilissimus vapor malignus* de Sennert?

On voit que dans les rapprochements que nous faisons, nous suivons le précepte de Baglivi ; nous ne voulons pas nous en laisser imposer par des mots différents qui expriment des idées parfaitement analogues : « Novi veteribus non op- » ponendi, sed quoad fieri potest, perpetuo » jungendi fœdere. Quid enim insulsiùs, quam » ubi re consentiunt, eos verbis dissidentes fa- » cere? »

Pour que ces vapeurs puissent s'élever de la région hypogastrique, il faut, suivant Sennert, que la matrice soit engorgée d'un sang altéré ou de semence corrompue : « vapor autem ille ortum » habet à sanguine aut semine in utero corruptis. » Toute gratuite qu'est cette supposition renouvelée des anciens, elle est restée dans les écoles; et bien qu'un peu déguisée, elle existe encore aujourd'hui dans l'esprit de quelques médecins. Pour ne parler que de l'époque actuelle, qu'est-ce que les métrites chroniques de Pujol, les hyperhémies du système utérin des anatomo-pathologistes, etc., si ce n'est l'engorgement sanguin des anciens médecins? Et quant à la production des phénomènes secondaires, doit-on se croire beaucoup plus avancé lorsqu'on vient nous dire « que l'irritation *s'élance* de l'organe primitive- » ment modifié sur les viscères de l'abdomen, » de la poitrine, puis sur le cerveau et dans les » nerfs locomoteurs? » (*Malad. nerv.*, Fourcade, *Prun.*, 1826.)

La rétention de la liqueur spermatique a été encore mentionnée dans ces derniers temps, puisque M. Louyer-Villermay dit que cette liqueur *paraît* très-abondante chez certaines femmes (34).

§ XIII. DISCUSSION ENTRE HYGMORE ET WILLIS. La théorie de Thomas Willis parut à peu près en même temps que celle de Hygmore. Willis l'avait publiée à Oxford, en 1667, dans un traité particulier, ayant pour titre : *Pathologiæ cerebri et nervosi generis in quo agitur de morbis convulsivis*, etc., in-4°. Hygmore, qui, en 1660, avait déjà donné un ouvrage sur l'hypochondrie et sur l'hystérie, entreprit de réfuter la nouvelle doctrine de Willis, et il publia, en 1670, une nouvelle dissertation en forme de réponse à Willis, *De passione hystericâ et affectione hypochondriacâ, responsio épistolaris ad D. Willisium.* Londini, 1670, in-4°.

L'opinion émise par Willis est fort importante pour nous, en ce qu'elle tendrait à confondre l'hypochondrie avec l'hystérie, en leur donnant un siége commun et des causes prochaines analogues. Suivant Willis, la matrice n'entre pour rien dans la production des phénomènes hystériques. Jusqu'à présent, nous avions vu les auteurs se réunir, malgré de nombreuses dissidences, pour faire jouer à la matrice le rôle principal dans cette maladie ; Willis nie qu'on puisse regarder l'utérus comme le siége primitif de l'hystérie, et il n'est pas le premier qui soutienne cette opinion. Charles Lepois, entre autres, environ cinquante ans auparavant, avait aussi considéré la matrice comme étrangère au développement des accidents de l'hystérie.

Des observations rigoureuses avaient porté Willis à ne plus donner à l'estomac et aux voies digestives en général une aussi grande importance qu'on le faisait avant lui ; il avait observé qu'il est des hypochondriaques qui n'éprouvent aucun dérangement dans les fonctions de ces organes ; et nous avons vu que cette remarque est très-fondée ; il en avait conclu que le siége réel de l'hypochondrie devait plutôt, à raison des symptômes, être rapporté à l'encéphale. Pour ce qui est de l'hystérie, la cause de l'erreur dans laquelle Willis est tombé, en l'assimilant à l'hypochondrie pour le siége, est facile à trouver : il n'a voulu considérer dans l'hystérie que les phé-

nomènes convulsifs, et il a agi physiologiquement en les rapportant au système nerveux.

Si on ne veut tenir compte, en effet, que des convulsions générales dans l'hystérie, on ne peut faire partir directement ces phénomènes du système utérin, comme nous l'avons démontré dans la symptomatologie ; et dans le traité de Willis il s'agit précisément *de morbis convulsivis*.

Ainsi, comme on le voit, nous n'aurions pas même eu besoin de faire sentir le vide de certaines explications de Willis pour prouver que cet auteur n'avait nullement constaté l'identité de l'hypochondrie et de l'hystérie.

Willis avait dit, avec juste raison, qu'il est impossible d'expliquer tous les symptômes de l'hypochondrie, en leur donnant pour cause immédiate la faiblesse de l'estomac, puisque les symptômes primordiaux résultent uniquement d'un dérangement dans les fonctions sensoriales. Il ne faut pas croire, avec M. Louyer-Villermay, que, sous ce rapport, Willis confondait l'hypochondrie avec la mélancolie ; il voulait parler de la monomanie en elle-même, c'est-à-dire, de la véritable hypochondrie, bien différente des maladies venteuses et *flatueuses* décrites par quelques anciens. Willis, au contraire, a le double mérite d'avoir vu, 1° que les phénomènes caractéristiques de l'hypochondrie sont des phénomènes intellectuels, idée émise par Galien dans ses remarques sur Dioclès; 2° qu'il est des hypochondriaques exempts de troubles dans les fonctions digestives.

Voyons maintenant l'opinion de Willis relativement aux convulsions hystériques. On sait que dans le siècle de cet auteur et même dans le dix-huitième siècle on prétendait expliquer les actes intellectuels, et même tous les actes de l'innervation, à l'aide des *esprits animaux*, matière subtile, élaborée dans les centres nerveux, et ayant pour conducteurs tous les nerfs de l'économie. Willis pensait que les esprits animaux, dans leur état naturel, ne produisent que des mouvements réguliers, mais que ces esprits déterminent des convulsions quand ils sont mêlés de parties hétérogènes ; et, suivant lui, c'est ce qui doit avoir lieu dans les maladies convulsives.

Il y a quelque chose de vrai dans la supposition de Willis, non qu'on doive penser que l'influx nerveux, quel qu'il soit, puisse éprouver ces mélanges, puisse même éprouver des altérations matérielles comme on le prétend aujourd'hui, mais il est probable que ces phénomènes tiennent immédiatement à des perturbations dans le mode de distribution et d'impulsion de cet agent subtil ; ainsi les convulsions générales, à quelques maladies qu'elles appartiennent, viennent *directement* de l'axe cérébro-spinal. Maintenant, que fallait-il démontrer à Willis pour lui prouver qu'il avait tort de donner l'encéphale comme siége primitif de l'hystérie? Ne fallait-il pas lui prouver qu'on observe un mode de développement et de propagation dans ces symptômes, tel, qu'ils ne peuvent résulter de la lésion primitive du centre nerveux de la vie animale? Ne fallait-il pas lui prouver enfin que les convulsions résultent *indirectement* d'une excitation particulière du système utérin? Voyons les objections faites à Willis par Hygmore.

Au lieu de chercher à suivre la route que nous venons de tracer; au lieu de chercher à expliquer l'origine première des mouvements convulsifs de l'hystérie, Hygmore, convaincu sans doute que Willis avait raison de faire dépendre les accès convulsifs d'un état particulier du système nerveux, et n'ayant rien à répondre à cela, s'est uniquement rejeté sur les spasmes des viscères abdominaux et thoraciques, et il a cherché à expliquer, à l'aide d'hypothèses, la cause prochaine de ces spasmes.

Suivant Hygmore, un sang subtil et facile à se dilater, s'engorge dans les poumons et dans les cavités du cœur; de là les constrictions de la poitrine et de la gorge, les dyspnées, les palpitations, etc., phénomènes qu'il regarde comme caractéristiques de l'affection hystérique.

Quant à l'affection hypochondriaque, il persiste, malgré les objections de Willis, à la regarder comme dépendante de la faiblesse des voies digestives.

La même année, Willis publia, en réponse à la lettre d'Hygmore, une nouvelle dissertation ayant pour titre :

« Affectionum hystericarum et hypochondria-
» carum pathologia spasmodica vindicata contra
» responsionem epistolarem N. Hygmori. Lon-
» dini, 1670. »

Pour expliquer la sensation d'une boule que les malades éprouvent depuis l'hypogastre jusqu'à la gorge, Willis est entré dans les détails d'une théorie particulière, mais toujours en admettant la dégénérescence des esprits animaux.

§ XIV. Zachias, médecin romain du dix-septième siècle, a donné une définition de l'hypochondrie (*De affect. hyp.*, in-12, Rom. 1671), qui montre qu'on s'est servi des symptômes des maladies, comme on se sert aujourd'hui des caractères anatomiques, c'est-à-dire qu'on a cru pouvoir indiquer la nature essentielle d'une affection en choisissant tel symptôme, comme aujourd'hui quelques médecins pensent avoir pénétré cette nature essentielle en considérant tel résultat anatomique. Ainsi, si l'on écrit de nos jours que tous les phénomènes qui ont eu lieu pendant les diverses périodes d'une maladie donnée, ont été autant d'effets d'une rougeur ou d'un ramollissement trouvés sur le cadavre, Zachias, de son temps, trouvait que l'hypochondrie n'est autre chose que le sentiment de chaleur éprouvé par certains malades dans la région épigastrique ; et tous les phénomènes de l'hypochondrie se trouvaient expliqués, suivant lui, par

l'existence de cette chaleur, comme des effets le sont par leur cause : » Affectio hypochondriaca, » quantum mihi videtur, nil aliud est, quam ca- » lor naturalis hypochondriorum, unius vel sci- » licet plurium in ipsis contentarum partium in » calorem non naturalem, extraneum et insoli- » tum conversus. »

Zachias avait pensé qu'on ne pouvait lui faire qu'une seule objection, et il a voulu aller au devant : la fièvre, à cette époque, pouvait être aussi considérée comme un développement de chaleur anormale allant du centre à la circonférence. Zachias fait une distinction pour l'hypochondrie.

Dans la fièvre, dit-il, la chaleur a son siége dans le cœur, et de là elle est transmise rapidement aux parties les plus excentriques, tandis que dans l'hypochondrie cette chaleur se montre d'abord dans l'estomac, et son mode de propagation est tout différent. Cependant Zachias devait tenir compte des troubles moraux, puisqu'il les avait bien observés : « In iisdem cogitationibus semper » fixi manent hypochondriaci, nec sinceriorum » etiam amicorum persuasionibus ullo modo ab » illis demoveri cupiunt. » Sous ce rapport, il a renoncé à expliquer par l'effet de la chaleur, il a adopté les idées générales de son temps, et il attribue ces lésions morales à l'humeur mélancolique.

§ XV. Sydenham. Nous voici arrivé à un auteur dont l'autorité a toujours été d'un grand poids en médecine, nous voulons parler de Sydenham. Il faut le dire, cependant, ce n'est pas sa dissertation sur l'affection hystérique qui a établi la haute réputation dont il a joui, surtout pendant le cours du siècle dernier. On peut même dire que cette dissertation, écrite en forme de lettre à Guillaume Cole, n'est pas au niveau de ses autres ouvrages; on n'y trouve ni la même force de raisonnement, ni les mêmes remarques pratiques. Les causes éloignées de cette affection sont à peine indiquées; la cause prochaine, prise dans Willis avec quelques modifications, a beaucoup plus occupé l'auteur; la description des symptômes est incohérente, bizarre même, et le traitement tracé sans méthode.

Personne n'ignore que Sydenham a regardé comme identiques l'hypochondrie et l'hystérie, et qu'il a compris ces deux maladies sous le nom d'affection hystérique. Avant d'examiner les motifs sur lesquels il a cru pouvoir établir cette opinion, voyons la marche qu'il a suivi dans sa dissertation. On peut la diviser en cinq sections; la première est relative à la fréquence de l'affection hystérique ; la seconde est un exposé des formes qu'elle peut revêtir; la troisième, très-courte, comprend les causes externes; la quatrième roule sur la cause interne ou prochaine, et la cinquième renferme le traitement. Nous avons déjà parlé ailleurs des causes externes et des formes; plus tard nous parlerons du traitement. Nous n'allons nous occuper ici que de la cause prochaine et du siége, après avoir dit un mot sur la fréquence de cette maladie suivant Sydenham.

Si nous voulons en croire cet auteur, de toutes les maladies qui sévissent sur l'espèce humaine, les fièvres, sous le rapport de la fréquence, forment les deux tiers, et l'affection hystérique la moitié de l'autre tiers; de sorte que toutes les autres maladies comprises dans les cadres nosologiques, ne trouvent plus pour elles qu'un sixième. Cette assertion put ne pas paraître singulière à l'époque où vivait Sydenham, mais nous ne pouvons nous empêcher de remarquer qu'elle forme un contraste fort étrange, dans l'histoire des variations médicales, avec l'opinion si répandue aujourd'hui que les névroses et les fièvres doivent être retranchées du nombre des maladies. Revenons à la cause immédiate de l'affection hystérique suivant Sydenham.

Nous avons déjà fait remarquer qu'il convient, dans l'examen des idées de nos devanciers en médecine, de ne pas donner une mauvaise interprétation aux mots qu'ils ont employés, mais bien d'en chercher la véritable acception. Nous devons regarder l'expression *d'esprits animaux*, si souvent employée par Sydenham dans sa dissertation, comme synonyme d'influx nerveux, et examiner, sans nous laisser effrayer par les mots, si l'ataxie qu'il suppose est fondée ou non.

L'opinion de Sydenham, quoique puisée dans Willis, paraît encore plus hypothétique que celle de ce dernier auteur. En voici la raison : Willis, comme nous l'avons dit, tout en admettant les esprits animaux comme causes des convulsions, avait ajouté que, dans ce cas, la nature de ces esprits est altérée (dans le sens admis aujourd'hui par quelques auteurs), par suite de l'affection d'un organe particulier, de la rate, par exemple, disait-il, de sorte que ces esprits ainsi viciés, occasionnent tous les désordres.

Sydenham n'a pas cru devoir recourir, comme Willis, à cette *viciation* des esprits animaux par des principes hétérogènes; il dit tout simplement que l'affection revêt telle forme, suivant que les esprits *se précipitent en foule* sur tel organe, et il pense en donner de nombreux exemples. Il restait à dire cependant par quelle raison il arrivait que ces esprits, au lieu de se distribuer régulièrement, se précipitaient ainsi tout à coup en foule vers une partie quelconque.

Il fallait enfin donner une cause à ce désordre des esprits animaux; Sydenham en a trouvé une : il ne dit pas, comme on pourrait peut-être le supposer, que cette irruption insolite des esprits animaux tient à un excès de force ou de concentration ; il dit au contraire que si les esprits se portent impétueusement vers telle ou telle partie cela tient à leur trop grande faiblesse, soit naturelle, soit accidentelle.

« La constitution des esprits, dit-il (p. 80), ne » peut s'apercevoir que par l'entendement, mais

» elle répond exactement à l'état des parties qui » tombent sous nos sens. » De sorte que si l'on voulait poursuivre la comparaison indiquée par Sydenham, on en concluerait que plus un organe agit avec violence, plus il a de faiblesse naturelle ou accidentelle ; ce qui deviendrait d'une absurdité trop évidente.

En résumé, voici toute la théorie de Sydenham :

La cause immédiate des spasmes dans l'hypochondrie comme dans l'hystérie, ou mieux dans l'affection hystérique, consiste dans la distribution inégale des esprits animaux, et ce désordre lui-même dépend de la faiblesse de ces esprits. Dans presque toutes les explications, et nous avons eu déjà l'occasion de le remarquer, il y a quelque chose de vrai; ainsi dans ces explications de Sydenham, n'y a-t-il pas quelque apparence de vérité, lorsqu'il dit que les contractions spasmodiques des plans musculeux des viscères et que les contractions convulsives des muscles du tronc et des membres, tiennent à ce que l'influx nerveux, agent du mouvement, est vicieusement distribué, et parfois poussé, pour ainsi dire, avec violence vers les organes ? Mais, d'un autre côté, il n'a pas su distinguer le point de départ de ces phénomènes dans les attaques convulsives, ni tenir compte des lésions morales caractéristiques de l'hypochondrie : en somme, sa dissertation prouve peu de chose en pathologie, et les assertions dénuées de preuves qu'on y remarque ne sont nullement propres à faire adopter l'identité de ces deux maladies.

§ XVI. Frédéric Hoffmann peut être opposé avec avantage à Sydenham. Autant celui-ci cherche à mêler d'une manière bizarre les phénomènes de l'hypochondrie et de l'hystérie, autant Hoffmann cherche à distinguer les caractères les plus tranchés de ces deux maladies, et à montrer l'enchaînement de leurs symptômes. Cependant, il faut l'avouer, si nous avons regardé la prétendue ataxie des esprits animaux de Sydenham comme ayant à peine besoin de réfutation dans l'état actuel des connaissances médicales, nous serons forcés d'en dire autant des causes prochaines données par Hoffmann, c'est-à-dire, de l'interruption du mouvement péristaltique du tube digestif pour l'hypochondrie, et de la corruption de la liqueur séminale pour l'hystérie.

C'est à l'occasion de cette dernière maladie que Fréd. Hoffmann s'est attaché à distinguer les symptômes hystériques des symptômes hypochondriaques; et, bien que nous ayons fait remarquer ces différences dans la section de la symptomatologie, il ne sera pas inutile de laisser parler encore ici Hoffmann, afin de les rappeler à l'esprit beaucoup mieux que nous ne le pourrions faire nous-même :

« Morbus hypochondriacus longissimus, atque » diùturnam semper exposcit curationem, at hys- » terica passio subito vehementer et ex improviso » miseras haud raro adoritur, ut, omni sensu ac » motu privatæ, repentè in terram concidant; » quod in hypochondriacis non animadvertitur. » Præterea in paroxysmis hystericis, musculi ab- » dominis vi spasmorum introrsùm contrahuntur » et umbilicus profondiùs retrahitur : cum in hy- » pochondriacis venter potius extrorsùm distenda- » tur, et in multis globi ex imo ventre adscensus » versus superiora percipitur : quæ cuncta à malo » hypochondriaco sunt longè remota. Nec in hoc » tam frequens animi deliquium et tam subito ad » suffocationem usque intercepta respiratio, cum » faucium tam forti strangulatione, quam quidem » in hystericâ affectione, observatur. Et denique » nulli unquam hypochondriaci pro mortuis, ac » sepulchro destinatis fuerunt habiti, uti quidem » de hystericis fide dignæ testantur historiæ. »

Frédéric Hoffmann a rapproché très-heureusement, comme nous le voyons, les caractères qu'on peut appeler culminants de l'affection hystérique, pour les opposer à ceux de l'hypochondrie ; cette marche est simple, et elle tend à prouver la différence des deux maladies, bien mieux que ne pourraient le faire toutes ses explications sur leur nature essentielle. Nous allons toutefois examiner ces hypothèses ; elles ont régné longtemps dans nos écoles, et nous verrons que si l'observation avait bien servi cet auteur dans le rapprochement des phénomènes morbides, il a été beaucoup moins heureux sous le rapport du raisonnement, lorsque d'une part il a cherché à faire découler tous les phénomènes de l'hypochondrie d'un mouvement anti-péristaltique des intestins et d'une altération consécutive dans le sang, et d'autre part les symptômes de l'hystérie d'une supposition également gratuite. Hoffmann, comme on va en juger, s'était fortement élevé contre ceux qui avaient admis l'identité de ces deux maladies ; en cela, il a bien raisonné. Mais nous ne devons pas taire ce qu'il y a de vicieux dans sa théorie. Commençons par l'hystérie, puisque c'est encore à l'occasion de cette maladie qu'il a fait sa profession de foi : « Recentiorum medicorum quidam, » hystericam ac hypochondriacam passionem pro » uno morbo habentes, ut nominatim Hygmorus, » Sylvius et Sydenham, ventriculum, pancreas, » mesenterium, venam portæ pro geminatâ sede » perperàm accusant. Minus rectè Car Piso (*In » selectioribus observationibus*) præcipuum sedem » in cerebro, vel potiùs nervorum PRINCIPIO col- » locavit. » Ce dernier jugement est peut-être un peu trop sévère ; car cet auteur n'avait pas eu tort, comme le croit Hoffmann, de chercher l'agent des convulsions *in nervorum principio*.

» Nos vero, cum antiquissimis medicis, symp- » tomatum hystericorum primam originem ab » utero, ejusque membranosâ et vasculosâ sub- » stantiâ et vasis ad illum spectantibus, imprimis » spermaticis petendam esse, FIRMITER persuasi- » sumus; quarum partium spasmodicæ constric-

» tiones posteà in nervos vicinos ossis sacri et » lumborum sese insinuant, et, ob consensum » totius medullæ spinalis, nerveas membranas » gradatim occupant à partibus inferioribus ad » superiores sensim paulatimque se propagando. »

Hoffmann entre ensuite dans les détails de ce mode de propagation. Nous avons déjà pu voir que les anciens auteurs avaient entrevu ce développement des phénomènes hystériques, mais aucun ne l'avait aussi bien indiqué que Fréd. Hoffmann. Nous ne parlons pas du genre d'affection qu'il assigne aux membranes et aux vaisseaux de l'utérus, mais de l'origine et du développement de ce consensus qu'il établit entre le grand sympathique et l'axe cérébro-spinal. Ce n'est qu'ainsi qu'on peut expliquer physiologiquement les phénomènes de cette maladie. Nous y reviendrons plus amplement dans un autre lieu.

Hoffmann, en parlant des causes prochaines, n'a pas évité l'erreur commune, cette erreur que Galien avait malheureusement sanctionnée de son autorité ; nous voulons parler de la prétendue rétention de la semence. Il y a dans le traité d'Hoffmann un article tout entier consacré à expliquer *quâ ratione semen corruptum hysterica gignat symptomata.*

Relativement à l'hypochondrie, on pourrait faire à Fréd. Hoffmann le reproche que Galien fait à Dioclès Carystus, c'est à dire, de n'avoir tenu aucun compte des phénomènes moraux ; Hoffmann, en effet, ne considère en quelque sorte que les troubles digestifs si fréquents dans cette maladie ; de sorte que, pour lui, le siége de l'hypochondrie, on peut déjà le prévoir, sera dans ces mêmes voies digestives.

Après avoir cherché à démontrer que l'hypochondrie n'a pas son siége dans la rate ou dans la veine-porte, « sedes mali hypochondriaci non est » in liene, non est in venâ-portæ, » il ajoute : « Ut igitur nostram de sede morbi hypochondriaci » sententiam aperiamus, hanc in canale illo ali» mentari membranaceo, ac valdè nervoso, qui » ventriculum ac intestinorum volumen consti» tuit, collocandam esse censemus. »

Pour préciser encore davantage le siége de l'hypochondrie, Hoffmann décrit les diverses tuniques du canal alimentaire, et il donne une idée du mouvement péristaltique à l'état normal.

Ainsi, tout en se conformant à l'opinion la plus généralement admise par ceux qui n'ont porté leur attention que sur les phénomènes secondaires de l'hypochondrie, c'est à dire, l'opinion qui en place le siége dans les voies digestives, Hoffmann a voulu, par une théorie particulière, localiser plus spécialement encore cette maladie et expliquer le développement de ses symptômes. C'est pour atteindre ce double but qu'il a avancé sans preuves, 1° que la maladie réside primitivement dans la tunique *nerveuse*, c'est à dire, suivant les anatomistes modernes, dans le tissu cellulaire dense et serré qui unit la muqueuse du tube digestif aux divers plans musculeux de l'estomac et des intestins ; 2° que, par suite de la lésion de cette tunique, le mouvement péristaltique est interverti, et de là tous les accidents de l'hypochondrie.

On sent à combien d'hypothèses Hoffmann a été obligé de recourir pour étayer toutes les parties de cette théorie, moins encore pour faire admettre son siége primitif (car il le donne en quelque sorte d'autorité) que pour expliquer comment l'intervertissement du mouvement ordinaire du tube digestif détermine et l'altération de la bile, et l'acrimonie du suc pancréatique, et la sécrétion des gaz, etc., etc.

Ces taches néanmoins ne doivent pas nous empêcher de rendre justice au bon esprit qui a guidé Hoffmann dans la symptomatologie générale et dans l'ordre de succession des accidents de l'hystérie.

Et quant à ses théories, il est d'autant plus excusable, qu'il semble, à ceux qui ont bien étudié la philosophie médicale, que la nature essentielle de chaque maladie soit un thème sur lequel chaque génération se charge de faire une variation plus ou moins éloignée des précédentes.

§ XVII. Indépendamment des auteurs que nous avons cités, il en est une foule d'autres qui, dans des traités généraux ou même spéciaux, ont encore émis des opinions différentes sur le siége, la cause prochaine et la nature de nos deux affections ; nous nous sommes abstenus de les mentionner, parce que, sous le rapport de cette question surtout, il serait fastidieux de rassembler tout ce qui a été dit ; ainsi, nous n'avons pas parlé de Freind qui, dans son emménologie, n'a pas manqué de trouver dans la pléthore utérine et générale la cause des accidents hystériques et même des convulsions, ni de Boerhaave dont l'autorité est plus imposante, mais qui, sans plus de raison, fait venir l'hypochondrie tantôt d'une matière grasse et poissante qui gorge les vaisseaux des hypochondres (Aphor. 1098), et tantôt d'une humeur atrabilaire qui se trouve alors dans le pancréas et la rate ; ni de Mandeville qui croit que ce qui l'occasionne c'est que la chylification ne se fait pas aussi parfaitement qu'il serait nécessaire, ni de Cheyne qui ne reconnaît dans cette maladie qu'une obstruction des glandes de l'estomac et de tous les organes abdominaux, etc., etc.

Il est d'autres auteurs que nous ne ferons encore qu'indiquer pour arriver plus tôt aux médecins dont l'opinion est aujourd'hui en faveur, et qui méritent toute notre attention.

L'hystérie, considérée à une certaine époque, paraît une maladie générale ; tout l'organisme est à la fois troublé, c'est ce qui a fait dire à Méad qu'elle n'a pas de siége particulier : « Non unam » sedem habet sed totius corporis est. »

Pomme a joui d'une grande réputation dans le siècle dernier ; son principal mérite, comme nous

le dirons plus tard, est d'avoir mis beaucoup plus de simplicité dans le traitement des affections nerveuses, qu'on ne le faisait avant lui ; mais ce qu'il a avancé sur la cause prochaine de ces maladies, ne mérite pas même de réfutation ; dans tous les cas, suivant lui, il y a éréthisme, raccornissement, tension et vibrations trop fortes des nerfs.

Astruc est beaucoup plus complexe dans ses suppositions sur la cause prochaine de l'hystérie ; il en donne cinq qu'on doit regarder, dit-il, comme propres à amener cette maladie :

1° Le battement trop fort des artères de la matrice ;

2° La tension et le gonflement des vaisseaux laiteux de la matrice ;

3° Les picotements ou irritations d'une humeur âcre qui découle de la matrice : flueurs blanches ou ulcères, etc.

4° Le gonflement des ovaires et des trompes ;

5° Le chatouillement trop vif de l'humeur spermatique, etc.

Les raisons données par Astruc pour prouver que c'est la matrice plutôt que tout autre organe qui est affecté dans l'hystérie, sont beaucoup plus plausibles que celles qu'il avance pour établir la réalité des cinq sortes de causes que nous venons d'énumérer ; il avait bien prévu qu'on lui objecterait que ces causes sont presque toutes permanentes, tandis que les symptômes hystériques ne se montrent souvent qu'à de longs intervalles ; aussi est-il obligé de supposer encore des variations dans les humeurs qui engorgent la matrice, certains tempéraments, etc., etc. Ce qu'il y a de mieux dans cet article d'Astruc, c'est ce qu'il dit sur les rapports sympathiques de l'organisme, le consensus général ; *conspiratio una.*

§ XVIII. Cullen a eu raison de regarder l'hypochondrie comme pouvant exister parfois sans dyspepsie, et de soutenir que les troubles digestifs, quand ils se montrent avec l'hypochondrie, peuvent dépendre d'une toute autre cause que d'une affection primitive de l'estomac (1227). Souvent, en peu de mots, cet auteur a montré des vues profondes. Suivant lui, c'est l'état de l'esprit qui distingue spécialement l'hypochondrie (1230), et à cet égard il est entré dans des distinctions fort lumineuses. Ainsi il trouve que dans la dyspepsie, et, sous ce nom, il faut entendre le plus souvent des symptômes de gastralgie, il n'y a au moral qu'un peu d'abattement et de langueur, ou même aucun trouble, ce qui est vrai, tandis, ajoute-t-il, que dans l'hypochondrie, l'affection de l'esprit est *constante*, le malade est frappé de crainte, et les symptômes de dyspepsie peuvent ne pas coïncider. Mais Cullen est beaucoup moins heureux lorsqu'il veut établir la cause immédiate de l'état moral qu'il a si bien décrit ; au lieu de chercher, comme nous l'avons fait dans l'étiologie, quelles sont réellement les causes modificatrices de nos idées, il dit (1230) « que l'état de » l'esprit qui distingue spécialement l'hypochon- » drie est l'effet de la rigidité des solides, de » l'engourdissement de la puissance nerveuse, et » de l'équilibre particulier entre le système vei- » neux et le système artériel, qui se manifestent » dans un âge avancé, et qui, dans tous les temps » de la vie, existent plus ou moins dans le tem- » pérament mélancolique. »

Ainsi la question soulevée par Cullen se réduit à ceci : l'hypochondrie est une maladie caractérisée par un état particulier de l'esprit, accompagnée très-souvent, mais non toujours, de symptômes spasmodiques variés. Cet état de l'esprit *primitif et idiopathique* (123) paraît être une modification imprimée à l'âme par une disposition fâcheuse des solides et des liquides ; et quant à cette mauvaise disposition de l'organisme, elle est tantôt le résultat d'un tempérament particulier, et tantôt amené par l'âge. Comme on le voit, Cullen avait d'abord bien saisi la question ; l'état primitif et simple de l'affection hypochondriaque n'est pas obscur pour lui ; il n'a commis ensuite quelques erreurs, selon nous, que dans l'appréciation de la cause prochaine, qu'il attribue gratuitement à la rigidité des fibres, etc. Nous sommes loin de nier cependant que le physique ne puisse modifier le moral ; les connexions sont trop étroites entre eux pour qu'il n'y ait pas d'influence réciproque ; nous pensons, au contraire et nous l'avons exprimé plusieurs fois dans le cours de cet ouvrage, qu'il y a entre eux des relations très-intimes, comme il doit y en avoir entre une intelligence et des organes chargés d'exécuter ses actes.

Bien que le commentateur de Cullen ait pensé que les troubles digestifs accompagnent toujours l'hypochondrie, il nous paraît avoir parfaitement reconnu la succession des phénomènes, et ce qu'il a dit à cet égard ne laisse aucun doute : « L'hy- » pochondrie, dit le savant Bosquillon (Note au » paragraphe 1222) commence *toujours* par l'af- » fection du *sensorium commune;* la dyspepsie » n'en est que *la conséquence;* c'est pourquoi » l'hypochondrie peut se terminer par des ma- » ladies qui annoncent que le *sensorium com-* » *mune* est affecté. » Rien de plus vrai, de plus exact et de plus rigoureux que ce que vient de dire Bosquillon ; ajoutons qu'il n'a pas ensuite, pour la cause prochaine de l'état moral, adopté le sentiment de Cullen, car il dit avec juste raison « que l'on ne pourrait expliquer comment cet » état de l'esprit serait produit par un tempéra- » ment accompagné de fibres rigides et de la plé- » thore veineuse. »

Il y a une sorte de contradiction dans Cullen, relativement à la cause prochaine et au siége primitif de l'hystérie ; ou plutôt, après avoir émis une opinion à lui sur cette question, ce médecin semble forcé de revenir à l'avis le plus général.

Quelques réflexions en effet sur la nature des paroxysmes et sur les fonctions de l'utérus le ramènent à l'opinion commune.

« Il me paraît évident, dit-il (1520), que les » paroxysmes de l'hystérie commencent par une » affection spasmodique et convulsive du ca- » nal alimentaire, qui de là se communique au » cerveau et à une grande partie du système » nerveux ». A ne considérer que les phénomènes saillants, l'idée de Cullen paraît vraisemblable; car, comme il le dit dans sa nosologie méthodique, c'est là le type le plus commun de cette affection : sensations de constriction spasmodique, ou d'une boule qui de l'abdomen semble remonter jusqu'à la gorge: dispositions morales bizarres et involontaires; convulsions et souvent émission d'une urine abondante et limpide. « Cependant, ajoute immédiatement Cullen, » les accès ont si souvent une telle connexion » avec le flux menstruel et avec toutes les mala- » dies qui dépendent de l'état des parties de la » génération, que c'est *avec raison* que les méde- » cins ont de tout temps considéré l'hystéricisme » comme une affection de l'utérus et des autres » parties du système de la génération. »

Tout en usant d'une réserve judicieuse, Cullen développe les notions les plus positives sur la nature intime de l'hystérie :

« Je ne prétends pas expliquer, dit-il, de quelle » manière la matrice et les ovaires sont affectés » dans cette maladie, ni comment l'affection de » ces parties se communique, avec des circons- » tances particulières, au canal alimentaire, ni » comment elle se porte de là aux parties supé- » rieures et affecte le cerveau au point de pro- » duire les convulsions qui surviennent dans l'ac- » cès hystérique ».

C'est déjà beaucoup, pour l'histoire d'une maladie, d'avoir pu indiquer d'une manière aussi précise le point de départ et l'enchaînement des phénomènes; on doit remarquer que, pour l'hystérie comme pour l'hypochondrie, Cullen ne s'est pas laissé égarer par la bizarrerie apparente des caractères morbides.

« Mais, quoique je ne puisse remonter jus- » qu'aux premières causes de l'hystérie, poursuit » cet auteur (1521), ou en expliquer tous les » phénomènes, j'espère être en état de tirer quel- » ques conclusions générales sur la nature de » cette maladie ».

Cullen cherche alors à prouver que la cause prochaine consiste dans ce qu'il appelle *la mobilité* du système utérin, c'est-à-dire, dans un état particulier d'excitation; et en cela encore tout concourt à prouver que cet auteur a bien vu les faits; mais il ajoute ensuite qu'il lui est impossible de déterminer si cette excitation peut être produite indépendamment d'un état de pléthore générale ou de congestion utérine; suivant lui, dans le plus grand nombre de cas, il doit y avoir en même temps pléthore de toute l'économie, ou au moins turgescence utérine. Remarquons que, dans toutes ces considérations, Cullen ne dit pas un mot sur l'inflammation aiguë ou chronique de ces organes. Il admet même que, dans plusieurs cas, il existe une excitation évidente sans traces de pléthore générale ou même de turgescence locale.

Il nous semble que, dans toutes ces réflexions, Cullen a toujours été dans les véritables termes de la question. Peut-être n'a-t-il eu que le défaut d'avoir voulu aller trop loin, d'avoir cherché la cause de ce qui est la cause première, ou du moins de ce qui est amené par des causes étrangères à l'organisme.

Quoi qu'il en soit, Cullen nous a fourni des données précises relativement aux différences de l'hypochondrie et de l'hystérie, en faisant ressortir toute l'importance de l'état moral dans la première, et en suivant les phénomènes de la seconde, depuis l'affection primitive et particulière de l'utérus jusqu'aux troubles généraux du système nerveux de la vie de relation.

§ XIX. L'hypochondrie n'occupe que fort peu de place dans la nosographie philosophique; mais elle y est bien placée, puisqu'elle se trouve au nombre des dérangements des fonctions cérébrales. Les considérations auxquelles Pinel s'est livré avant de traiter successivement de chaque vésanie, conviennent spécialement, on peut le dire, à l'hypochondrie, et elles sont beaucoup plus propres à indiquer la nature de cette maladie et son traitement, que l'article qui lui est spécialement consacré dans l'ouvrage de cet auteur.

« Il est une étroite union, dit Pinel, une dépen- » dance réciproque entre la philosophie morale » et la médecine, comme le remarque Plutarque. » Combien il importe, pour prévenir l'hypochon- » drie, de suivre les lois immuables de la morale, » de prendre de l'empire sur soi-même, de maî- » triser ses passions, de se rendre, en un mot, » autant familier avec les écrits d'Épictète, de » Platon, etc., qu'avec les résultats lumineux de » l'observation qui nous ont été transmis par Hip- » pocrate, Arétée, etc., etc. » !

Dans son chapitre de l'hypochondrie, Pinel semble abandonner toutes ses idées philosophiques, puisqu'il trouve « que Stahl est peut-être *le seul* » qui apprenne *à distinguer* l'hypochondrie de » toute autre maladie nerveuse, et qui en expose » *avec justesse* et avec *profondeur* le caractère » propre. » Or, Stahl a dit que « l'hypochondrie » est l'assemblage ou la succession de symptômes » singulièrement variés et disparates. »

Ne semble-t-il pas que le génie analytique ait entièrement abandonné Pinel, lorsqu'il a pensé qu'une maladie ainsi caractérisée était distinguée de toute autre maladie nerveuse ?

Quant au siége et à la cause prochaine de l'hypochondrie, Pinel dit qu'elle est quelquefois *fo-*

mentée par des lésions organiques des viscères abdominaux; mais que souvent aussi elle dépend de certaines lésions dans les fonctions des nerfs, dont il ne reste aucune trace à l'ouverture des corps.

On chercherait inutilement dans l'article hystérie, du même auteur, quelque indication sur la nature ou la cause prochaine de cette maladie. Son siége ne paraît indiqué que par le fait de la place qu'elle occupe dans son cadre nosologique ; on voit aussi, mais sans preuves à l'appui, que c'est une névrose des organes de la génération de la femme. Si donc, pour obtenir quelques lumières, on se reporte aux considérations générales de Pinel sur ces sortes de névroses, on ne trouve que deux choses ; 1° une imitation de ce que J.-J. Rousseau a dit de la dépravation des habitants des villes : il est consolant de penser, dit Pinel, que les neuf dixièmes de l'espèce humaine, répandus dans les campagnes, *remplissent le vœu de la nature* pour la reproduction, etc.

« Les villes, s'écrie Rousseau, sont le gouffre » de l'espèce humaine. Au bout de quelques gé» nérations les races périssent ou dégénèrent ; » il faut les renouveler, et c'est toujours la » campagne qui fournit à ce renouvellement ». (*Emile*, liv. 1.)

Image vive, éloquente, mais fausse pour quiconque a bien observé toutes les circonstances de la vie humaine dans les campagnes et dans les villes. Si l'espace nous le permettait, et si c'était ici le lieu, nous ferions voir que l'alimentation grossière et insuffisante des campagnards, leurs travaux pénibles, leur engourdissement moral, plus marqué encore au temps de Rousseau qu'aujourd'hui, sont autant de causes qui altèrent fréquemment leur santé et abrègent leur vie ; tandis que l'homme, dans les villes, jouissant de plus d'aisance ou se refusant moins à lui-même, acquiert non-seulement un plus grand développement moral, mais aussi plus de force physique et une taille plus élevée, comme le prouvent les tableaux statistiques dressés tout récemment par M. Villermé, et par d'autres médecins dans le royaume des Pays-Bas. Et quant à la moralité des habitants des campagnes, consultez les annales judiciaires, et vous verrez les tribunaux d'arrondissement retentir de hideux débats ; c'est dans les villages que le crime se montre souvent avec le plus d'atrocité. Mais en voici assez sur ce sujet.

Le second point traité par Pinel dans ses considérations sur les névroses de la génération, roule tout entier sur l'onanisme et sur l'ouvrage de Tissot, dont nous avons déjà parlé dans un autre lieu; de sorte que cet auteur, tout en avançant que, dans certains cas, on peut faire une heureuse application de l'analyse pour démêler les caractères de cette maladie, paraît n'avoir pas voulu faire l'essai de cette application dans la question abstraite de l'hystérie.

§ XX. Nous arrivons maintenant à un auteur qui n'a pas dû, comme le nosographe que nous venons d'examiner, réunir dans son livre toutes les maladies qui sont du domaine de la pathologie interne, mais qui a consacré deux volumes aux deux seules maladies qui nous occupent, à l'hypochondrie et à l'hystérie; cet auteur est M. Louyer-Villermay. Il convient de donner d'autant plus d'attention aux opinions qu'il a émises que ces affections paraissent l'avoir occupé pendant presque toute sa vie, puisque l'hypochondrie a fait le sujet de sa thèse, en 1802, qu'il a de nouveau traité la même question mais plus amplement encore en 1816, et qu'enfin il vient d'en donner une *nouvelle* édition en 1832.

Nous ne nous arrêterons pas sur la définition que M. Louyer-Villermay donne de l'hypochondrie, nous nous bornerons à faire remarquer qu'elle n'indique rien de particulier, qu'elle ne représente pas à l'esprit une individualité morbide, et conséquemment que ce n'est pas une définition. Qu'est-ce en effet qu'une « affection éminemment » *nerveuse* qui paraît résider dans une manière » d'être du système *nerveux* qui vivifie les organes » digestifs ? » Ajoutons que l'idée de définir un mot par le mot même, rappelle ce que dit Pascal de ceux qui ont défini la lumière de cette sorte : « *La lumière est un mouvement luminaire des corps* » *lumineux.* »

Le siége et le principe de l'hypochondrie ne pouvaient être omis dans un ouvrage spécialement consacré à cette maladie et à l'hystérie, et en effet M. Louyer-Villermay a traité cette double question dans son troisième chapitre (p. 325). Mais ce qui nous a d'abord surpris, c'est la brièveté de ce chapitre qui n'a que quatre pages d'étendue, dont deux employées à énumérer sans critique les opinions de quelques devanciers. Si M. Louyer-Villermay a pensé que, dans l'état actuel des connaissances médicales, on ne doit donner qu'une médiocre attention à cette partie de l'histoire des maladies, et qu'il suffit de donner en cela son avis tout simplement, nous ne partageons pas son opinion ; et, pour le dire en passant, la Société royale de Bordeaux ne nous paraît pas avoir jugé comme cet auteur, puisque dans son programme elle a indiqué comme devant être examinées comparativement, les opinions émises sur la nature essentielle de ces deux maladies. Mais voyons l'opinion de M. Louyer-Villermay.

Le but de toute comparaison dans les sciences est de rendre plus clair le sujet qui se trouve en question ; or, cet auteur emploie une comparaison (327) pour prouver que la cause immédiate des névroses ne réside pas dans l'altération du tissu nerveux ; la voici : « Si on lie un nerf, toute la » partie qu'il alimente devient paralysée, et cependant son tissu n'est point sensiblement al» téré, il continue même à vivre organiquement, » mais il devient inhabile à remplir les fonctions

» qui lui étaient confiées. La ligature enlevée à » temps, les *propriétés vitales* reparaissent, et avec » elles les fonctions nerveuses ; il *en est ainsi* des » nerfs qui se distribuent aux organes de la diges- » tion ; quand ils sont affectés, leur tissu n'éprouve » aucune altération, etc. »

Qui ne voit ici qu'il n'y a aucune analogie, même approximative, entre ces termes de comparaison? N'est-ce pas une supposition connue de tout le monde, qu'un agent particulier chemine le long des nerfs? Il n'est personne qui ne sache que lorsque dans ces circonstances la ligature n'a pas désorganisé les nerfs, et qu'elle est enlevée à temps, c'est l'influx nerveux qui reprend sa route et non les propriétés vitales qui reparaissent; elles n'avaient pas cessé d'exister, puisque le nerf continuait à vivre organiquement. Il est inutile d'en dire davantage pour prouver que cette comparaison n'est nullement propre à rendre plus lucide l'opinion de l'auteur, opinion que nous allons lui laisser développer.

« Disons donc, en nous résumant, *avec les physiologistes modernes,* reprend M. Louyer-Villermay, que d'après l'*observation journalière* et » l'*examen attentif des phénomènes* de la maladie, » nous reconnaissons pour siége primitif de l'hypochondrie, les viscères abdominaux, et surtout » l'estomac, *affectés dans leur système nerveux* ou » leurs *propriétés vitales,* et surtout dans la sensibilité organique. Telle est du moins dans *le silence des preuves physiques,* la probabilité la » mieux appuyée, celle qui *résulte de l'observation des faits, de l'expérience et du raisonnement physiologique* ».

Analysons cette opinion et, en même temps, les raisonnements que l'auteur a avancés pour la corroborer.

Il n'est pas d'abord à notre connaissance que les physiologistes modernes se soient occupés de la nature de l'hypochondrie. Dans ses immortels ouvrages, Bichat a bien, de temps à autre, jeté quelques-unes de ses grandes vues, de ses pensées fécondes sur des points très-généraux de médecine, mais ni lui ni les autres n'ont abordé ce sujet de telle sorte que M. Villermay puisse invoquer leur témoignage. Maintenant si l'on croit qu'il serait possible de trouver implicitement dans leurs explications des lois physiologiques l'opinion de cet auteur sur la nature essentielle de l'hypochondrie; c'est ce qui reste à prouver.

M. Louyer-Villermay dit ensuite que d'après l'observation journalière *et* l'examen attentif des phénomènes de la maladie, qui n'est alors que l'observation journalière appliquée à cette maladie, il reconnaît pour siége primitif les viscères abdominaux, etc., affectés dans leur système nerveux ou leurs propriétés vitales. Il fallait dire, suivant nous, lequel était affecté ou du système nerveux ou des propriétés vitales; ce sont deux sortes de choses bien différentes, et qui ne pourraient être affectées que tout différemment; mais admettons que ce soient les propriétés vitales, car telle est la pensée de M. Louyer-Villermay, eh! bien, de deux choses l'une, ou l'auteur a mal observé les phénomènes de l'hypochondrie, ou bien il a admis à tort les rapports des malades qui, dès le premier jour, se croient atteints d'affections graves dans telle ou telle série d'organes. Nous avons développé ce point de doctrine dans notre examen de la symptomatologie, et nous croyons avoir démontré que les premiers phénomènes sont moraux; qu'à cette époque, les malades ne s'ouvrent pas toujours aux médecins, ou bien sont traités de malades imaginaires; qu'on ne croit pas à leur maladie, et qu'enfin on ne commence réellement l'*observation journalière* que lorsque les organes digestifs, ou circulatoires, ou autres, sont affectés.

Telle est du moins, dit enfin M. Louyer-Villermay, dans le *silence des preuves physiques*, la probabilité la mieux appuyée. Si, dans l'étude de la pathologie, c'est-à-dire dans l'étude des modifications morbides imprimées aux êtres vivants, M. Louyer-Villermay attend toujours que les preuves physiques parlent, il n'aura pas même de probabilités. C'est là la pierre d'achoppement des anatomo-pathologistes; ils ne veulent croire que lorsque les preuves physiques ne restent pas dans le silence, il en résulte qu'ils font en effet la médecine la plus positive, mais la médecine du cadavre. Pour nous résumer aussi, nous dirons que dans l'organisme il y a encore autre chose que du physique, et que, conséquemment, celui qui s'occupe de ses maladies, doit savoir entendre le langage des preuves vitales tout aussi bien, au moins, que celui des preuves physiques.

Si nous avons cru devoir nous plaindre de la concision de M. Louyer-Villermay, touchant le siége et la nature essentielle de l'hypochondrie, que dirons-nous de son chapitre du siége et du principe de l'hystérie? Deux pages ont suffi à l'auteur pour motiver l'opinion qu'il a émise sur ce point; toutefois, comme on peut dire beaucoup en peu de mots, passons à l'examen des motifs qui l'ont porté à admettre que l'utérus est le siége primitif de l'hystérie.

« Si l'on cherche à connaître, dit M. Louyer- » Villermay, quel est le siége de cette maladie, et » quels dérangements des organes de la femme » produisent les phénomènes de l'hystérie, on est » *bientôt* convaincu que l'utérus est le siége de » cette névrose, et qu'il existe vers cet organe une » irritation, un spasme qui se fait le plus souvent » sentir aux malades elles-mêmes, et qui est in- » dépendant d'une lésion organique ou d'une al- » tération du tissu ».

« Pendant les accès d'hystérie, la main, placée » sur l'hypogastre, reconnaît un mouvement ver- » miculaire qui se fait également sentir au doigt » introduit dans le vagin ».

Nous commencerons d'abord par dire que notre opinion, au fond, est conforme à celle que vient d'émettre M. Louyer-Villermay; mais nous remarquerons ensuite que lorsqu'on cherche à connaître quel est le siége de cette maladie, on n'est pas *bientôt* convaincu que c'est l'utérus; assurément si les choses se passaient toujours comme le prétend cet auteur, s'il y avait un spasme sensible vers cet organe, si pendant les accès la main reconnaissait le mouvement vermiculaire, etc., etc., on pourrait peut-être bientôt présumer le premier siége du mal; mais souvent et très-souvent les symptômes ne sont pas à beaucoup près aussi apparents; ce n'est qu'après avoir longuement observé et après avoir médité les auteurs qu'on peut se croire fondé à admettre cette opinion. Déjà plusieurs fois, dans le cours de notre travail, nous avons reconnu qu'avant le complet développement de l'accès hystérique, c'est-à-dire avant l'apparition des convulsions, une sorte de constriction spasmodique est accusée par presque toutes les malades dans la région hypogastrique; mais la bonne foi nous force d'avouer que si très-souvent la main placée sur l'hypogastre reconnaît ce mouvement intestinal, *jamais* on n'a pu constater, avec le doigt introduit dans le vagin, le mouvement vermiculaire dont parle M. Louyer-Villermay.

M. Louyer-Villermay admet comme très-réelle, dans ce chapitre, une cause qu'il n'avait d'abord donnée que comme douteuse dans son étiologie: nous voulons parler de la présence d'une liqueur spermatique très-abondante qui provoquerait le spasme de l'utérus.

« Ce qui semble confirmer notre opinion, dit » M. Louyer-Villermay, c'est l'extrême fréquence » de l'hystérie chez les femmes dont l'imagina- » tion est très-lascive, ou le tempérament utérin » très-développé, et la guérison qui résulte pres- » que toujours de l'union des sexes ».

A cela nous répondrons, en peu de mots, que la fréquence de l'hystérie chez les femmes à tempérament utérin ne prouve en aucune manière la présence de cette liqueur, et que les guérisons amenées par le mariage ne seraient pas plus probantes sous ce rapport, si ces guérisons avaient réellement lieu; mais l'observation, comme le remarque Georget, a prouvé le contraire : nous y reviendrons dans notre chapitre du traitement.

Non-seulement M. Louyer-Villermay admet cette pléthore spermatique mais il pense si bien la connaître, qu'il en trouve deux espèces, 1° pléthore spermatique primitive, c'est celle des femmes à tempérament utérin; 2° pléthore spermatique consécutive (53), c'est celle, dit-il, qui est amenée par une *inclination contrariée*.

Enfin cet auteur, conformément à l'opinion de quelques-uns de ses devanciers, pense que la pléthore sanguine locale peut encore être une cause immédiate de l'hystérie, parce qu'alors, suivant lui, le reflux du sang, dans le cas de suppression des règles, *irrite* tous les nerfs de l'économie.

Nous aurions beaucoup à dire sur le sang qui irrite tous les nerfs de l'économie, et sur cette opinion si peu physiologique qui tend à faire regarder la suppression de l'acte tout vital de la menstruation comme fâcheuse, en cela seulement qu'elle retient une trop grande quantité de sang dans l'économie, ou plutôt dans le système utérin; mais nous avons une autre remarque à faire.

M. Louyer est tombé dans une erreur que nous avons signalée dans l'examen de quelques opinions émises avant lui; la voici : après avoir reconnu comme cause immédiate de spasmes, et consécutivement de convulsions, une excitation ou irritation nerveuse du système utérin, il s'est cru obligé de donner encore la cause immédiate de cette excitation spéciale; et de là ses suppositions de pléthore spermatique, sanguine, etc. C'est ainsi que, dans d'autres circonstances, des auteurs ayant à expliquer les causes immédiates d'une congestion ou pléthore sanguine locale, ne manquent pas de recourir à une excitation ou irritation nerveuse antérieure, comme cause de ces congestions, de sorte qu'en admettant toutes les opinions, on voit que la pléthore est une cause immédiate d'excitation, et l'excitation une cause immédiate de pléthore; cercle vicieux dans lequel conduisent ces suppositions plus ou moins gratuites.

N'est-ce pas le plus sûr moyen de se perdre dans des hypothèses, que de chercher à remonter au-delà de ce qui existe réellement? Tout paraît concourir à prouver, 1° que dans l'hystérie il y a d'abord, et avant toute autre chose, une excitation spéciale du système nerveux de l'utérus, et que de là découlent tous les phénomènes morbides; 2° que cet état est amené sous l'influence des causes que nous avons examinées, pour la plupart, dans notre étiologie; ce sont ces résultats qui doivent être étudiés, sans courir après d'autres explications, comme le fait M. Louyer-Villermay; ici, surtout, selon nous, cet auteur aurait dû mettre en pratique le précepte de Cicéron, précepte qu'il cite dans son chapitre de l'anatomie pathologique de l'hypochondrie (592), et qu'il a pu lire dans l'ouvrage de Whytt (t. II, pag. 121, in-12, Paris, 1767): *Sufficit, si quid fiat intelligamus, etiam si quomodo quidque fiat ignoremus.*

Pour ce qui est des résultats cadavériques, considérés par M. Louyer-Villermay comme pouvant éclairer la question du siége de nos deux maladies, il est évident qu'il a été conduit dans leur recherche par des idées préconçues sur la nature essentielle.

On peut même dire que si quelque chose peut prouver la grande puissance de ces sortes d'idées sur notre manière de considérer les faits, et de les présenter lorsque nous nous les sommes appropriés, c'est le *choix* des altérations anatomiques que M. Louyer-Villermay a cru devoir faire dans

son chapitre de l'anatomie pathologique de l'hypochondrie.

Cet auteur avait dit que la cause immédiate de cette maladie résidant spécialement dans la lésion des propriétés vitales des viscères abdominaux, on devait s'attendre à ne trouver le plus souvent aucune altération dans le tissu de ces organes, et cependant il a fouillé dans vingt auteurs différents pour trouver des lésions de tissus dans les *seuls* organes abdominaux, où il avait placé le siége de l'hypochondrie. Les auteurs citent des altérations dans presque tous les organes de l'économie. M. Louyer ne cite qu'un cas assez singulier de maladie de cœur d'après Morgagni, mais encore est-ce un de ces cas tellement rares, qu'on en rencontre à peine un exemple, dit-il, sur mille individus affectés d'hypochondrie.

Pour l'hystérie, M. Louyer-Villermay admet (148) « qu'elle peut déterminer très-promptement » ou très-lentement des lésions organiques, et » que parmi ces désordres on *doit placer au premier rang* les altérations du tissu de l'utérus » ou de ses annexes, et *surtout* celles des ovaires. »

Quant à nous, qui partageons les idées de cet auteur sur le siége primitif de l'hystérie, nous sommes forcés d'avouer qu'après avoir comparé toutes les altérations organiques rapportées par les auteurs, on ne sait trop quelles sont celles qu'on doit placer au premier rang. Willis place *au premier rang* les altérations encéphaliques; il dit avoir trouvé plusieurs fois le plexus choroïde décoloré et macéré par une sérosité abondante qui s'était épanchée dans les ventricules et dans les anfractuosités du cerveau; mais il faut nous rappeler que Willis prétendait que le siége de l'hystérie était dans le *principe des nerfs;* de sorte qu'on serait tenté de croire que ce sont les idées préconçues qui assignent, en général, *le premier rang* à telle ou telle série d'organes, dans l'ordre des altérations de tissu, et que M. Louyer-Villermay a peut-être été porté aussi, par ce motif, à indiquer *surtout* les ovaires.

§ XXI. Il nous resterait, avant d'arriver à Georget, à examiner l'opinion qui donne comme cause immédiate de l'hypochondrie et de l'hystérie l'existence de phlegmasies aiguës ou chroniques; mais, comme cet auteur a lui-même réfuté de la manière la plus péremptoire ce point de doctrine, nous lui emprunterons quelques-uns de ses arguments, tout en examinant ses propres opinions.

M. Broussais et son école soutiennent que l'hypochondrie n'est qu'une gastrite chronique. Non-seulement Georget n'admet pas cette opinion, mais il prouve que les accidents gastro-intestinaux qui *peuvent* exister dans l'hypochondrie ne sont pas nécessairement le résultat d'une phlegmasie du conduit alimentaire; on ne pourrait rien dire de mieux que ce qu'il avance à ce sujet; aussi nous bornons-nous à le citer textuellement: « 1° Les » phlegmasies du canal digestif se manifestent à » tous les âges et dans toutes les conditions de la » vie, surtout dans la classe pauvre, mal vêtue, » mal nourrie, livrée aux excès de boissons; tandis que l'hypochondrie appartient presque exclusivement aux âges de la vie où les passions » exercent leur empire, où l'esprit soit occupé et » tourmenté de toutes les façons; aux individus » des classes aisées, chez qui les excès de boissons » et la mauvaise nourriture ne sont pas ordinaires. » 2° Dans la gastro-entérite chronique l'appétit est » souvent nul, la digestion incomplète, la diarrhée fréquente, la nutrition altérée, l'amaigrissement progressif, la fièvre bientôt continuelle, » sans troubles notables dans les fonctions cérébrales; et si la maladie fait des progrès, le malade finit par succomber au bout de quelques mois; ou au plus au bout d'un petit » nombre d'années; tandis que dans l'hypochondrie, où il existe des accidents gastro-intestinaux, l'appétit est ordinairement bon, la digestion pénible mais complète; il y a plutôt » constipation que diarrhée; la nutrition est excellente, à moins que le malade ne soit en » proie à des chagrins continuels, ou que son » estomac ne rejette toute espèce de nourriture, » ce qui est rare; l'embonpoint est souvent remarquable; il n'y a pas de fièvre, et le malade » peut vivre quatre ou cinq ans avec les spasmes » du ventre, les rots, les borborygmes. 3° Le » genre de souffrance n'est pas le même dans les » deux cas: les hypochondriaques accusent des » spasmes, des angoisses, des chaleurs, une sensibilité excessive; à les entendre, tout leur ventre est dans un état horrible; et si on vient à » les toucher, à les presser, ces douleurs n'augmentent pas ou même elles disparaissent. Les » autres malades se plaignent de douleurs légères, » de coliques qui sont augmentées par le passage » des aliments, par la pression sur l'abdomen, » par la présence des mucosités abondantes qui » font la matière des selles. 4° Les affections morales exercent une très-grande influence sur » l'état hypochondriaque. Un malade, dont l'abdomen est calme depuis plusieurs semaines ou » plusieurs mois, a-t-il quelque sujet d'inquiétude » au moment de son dîner, sa digestion est accompagnée de rots, de flatuosités, de borborygmes, de spasmes, de chaleurs, etc.

Il n'y a rien à répondre, comme on le voit, aux remarques judicieuses de Georget. Cependant, et nous l'avons dit dans notre symptomatologie, il peut exister des phlegmasies sous l'influence hypochondriaque, comme il peut y avoir des lésions organiques profondes. Georget admet aussi la possibilité de ces accidents; il convient que l'irritation sanguine peut quelquefois exister dans les organes qui sont le siége de divers accidents. Mais il ne croit pas, et avec raison, que cette irritation constitue la *nature primitive* de la maladie, comme dans les phlegmasies ordinaires.

L'hypochondrie, suivant Georget, est une affection primitive du cerveau ; ici nous pourrions demander en quoi consiste cette affection primitive du cerveau. Cet auteur dit que cela lui paraît difficile à préciser ; qu'il ne croit pas que ce soit une phlegmasie ; mais que prétendre que ce soit une *affection nerveuse,* c'est apprendre fort peu de chose. On aurait pu répondre à Georget que c'est apprendre aussi fort peu de chose que de dire que c'est une *affection* du cerveau difficile à préciser. « L'hypochondrie, ajoute-t-il, est une maladie de » longue durée, apyrétique, bien plus douloureuse » que dangereuse, qui nous paraît dépendre pri- » mitivement de l'affection du cerveau et se ré- » pandre pour ainsi dire dans les autres organes. » Nous ne savons rien de plus positif sur sa na- » ture. » On aurait pu répéter à Georget que, puisqu'il ne sait rien de plus positif, il a eu tort de reprocher à ceux qui ne voient en elle qu'une affection nerveuse d'apprendre peu de chose.

On ne doit admettre d'une manière absolue une lésion matérielle que lorsqu'on peut matériellement la prouver. Peut-on dire qu'on a fait marcher la science, lorsque, au lieu d'affection nerveuse, on a dit affection primitive? lorsqu'on a reconnu une affection matérielle du cerveau, qu'on ne peut constater à l'autopsie, affection qui se *répand,* on ne sait comment, dans les autres organes? Ajoutons que cet auteur a avancé précisément les mêmes choses sur la nature essentielle de l'hystérie, de l'épilepsie, etc.

Voyons l'hystérie : Georget s'est rangé de l'avis de Lepois et de Willis ; suivant lui l'encéphale est le foyer primitif et principal de la maladie. « Mais si *d'abord,* ajoute-t-il, le système nerveux » cérébro-spinal paraît souvent affecté seul, il est » bien certain que *dans la suite* les appareils » nerveux et les viscères du thorax et de l'abdo- » men sont *fréquemment* le siége de lésions qui » méritent de fixer l'attention du praticien. » Dans cette seule phrase nous pouvons découvrir la cause première de l'erreur de Georget sur le siége et sur la nature essentielle de l'hystérie.

Suivant lui ce n'est que consécutivement, ce n'est que *dans la suite* que les viscères de l'abdomen et du thorax sont le siége de diverses lésions, encore ne le sont-ils pas *toujours*, mais fréquemment. Il résulte de cette manière de voir que dans l'hystérie simple il n'y aurait que des convulsions cloniques, ce qui n'est pas exact, car alors toute convulsion devrait être considérée comme symptôme pathognomonique de l'hystérie.

Georget proposait à tort de substituer au mot hystérie celui d'*encéphalie,* puisque l'encéphale proprement dit ne joue qu'un rôle fort secondaire dans la production des phénomènes ; les convulsions du second degré ne sont pas suscitées par lui, mais bien par les moelles.

On peut même avancer qu'à l'exception de certains roidissements volontaires du premier degré, et des mouvements d'exaltation intellectuelle qu'on observe quelquefois, l'encéphale est nul dans l'hystérie ; il y a plus, quelques-unes de ses fonctions sont alors arrêtées, tandis que toutes les autres fonctions de l'économie sont surexcitées ; ainsi dans l'accès hystérique la suspension incomplète de l'entendement porte sur les rapports du cerveau, siége de cet entendement, avec la moelle allongée et la moelle épinière, c'est-à-dire que la volonté ne peut plus diriger les actes de la vie animale ; ce n'est donc pas le cerveau qui est la source du mal, ce mal vient d'ailleurs, et il se communique au système nerveux de la locomotion par l'intermédiaire des deux moelles, sans l'intervention du cerveau, et même malgré lui.

Lorsque Georget disait qu'il ne faut pas que le séméiologiste s'arrête aux apparences extérieures, c'est-à-dire aux muscles convulsés, qu'il doit aller à la vraie source du mal, il avait raison ; mais il s'arrêtait encore trop tôt lui-même, puisqu'il n'entendait par vraie source que l'axe cérébro-spinal. Ainsi, dans l'hystérie, lorsqu'il y a des convulsions, il ne faut chercher la source du mal ni dans les muscles, ni même dans le centre nerveux de la vie animale, mais il faut remonter encore plus haut, et chercher quels organes, par leurs liens sympathiques, déterminent ces convulsions.

Il résulte de ce que nous venons de dire que, tout en faisant à Georget la concession que les convulsions seules, telles qu'on les observe dans l'hystérie, constituent cette maladie, le cerveau ne pourrait être encore considéré comme le foyer de la maladie ; mais cette concession ne peut pas être faite : les choses ne se passent pas ainsi. Les affections des viscères abdominaux et thoraciques ne se montrent pas dans l'hystérie *à la suite* des convulsions ; elles les précèdent. Si Georget n'a pas observé cette succession, c'est parce qu'il n'a pas voulu y croire ; suivant lui, la *boule hystérique* n'est autre chose que l'effet des contractions convulsives des muscles abdominaux, du diaphragme, des muscles du thorax, etc. ; ce qui est faux ; car, d'une part, les femmes hystériques éprouvent encore cette sensation d'une boule qui monte vers la poitrine, lorsque leur ventre est ballonné, ce qui arrive quelquefois, malgré l'assertion d'Hoffmann ; dans d'autres cas, on sent, sous la main, le tournoiement du paquet intestinal ; les muscles abdominaux étaient immobiles, ce qui avait tellement trompé Fernel, qu'il croyait aux déplacements de la matrice. D'autre part, on entend le bruit des gaz poussés et chassés par les contractions des plans musculeux des viscères. On ne conçoit pas, en outre, comment les muscles du thorax, agissant sur cette cage osseuse, pourraient encore produire la sensation d'une boule dont les malades disent apprécier parfaitement le volume et la dureté.

Ainsi Georget, qui ne voyait dans les douleurs et les spasmes profonds de la région hypogastrique

que les effets des contractions des muscles des parois abdominales, aurait même pu se dispenser d'admettre comme consécutives les affections des viscères abdominaux. Singuliers résultats d'une idée préconçue! Dans un lieu, Georget pense que les convulsions sont le seul phénomène caractéristique de l'hystérie, que les affections spasmodiques, si nombreuses, accusées par les femmes dans l'abdomen, dans la poitrine et vers la gorge, ne sont que les effets des convulsions ; et dans un autre lieu, forcé de reconnaître la gravité de ces prétendus effets, il avoue que, bien que l'encéphale soit le siége principal de l'hystérie, *dans la suite*, les viscères du thorax et de l'abdomen sont le siége de lésions qui méritent de fixer l'attention du praticien.

La grande majorité des auteurs a admis que l'hystérie consiste dans une névrose de l'utérus. Georget dit qu'on n'a admis cette prétendue névrose que parce qu'on ne pouvait constater aucune lésion réelle de l'utérus, ni dans l'exercice de ses fonctions, ni dans sa forme et sa structure ; ce qui montre assez, ajoute-t-il, qu'une telle opinion est inadmissible. Le raisonnement de Georget n'est que spécieux, et c'est sa conclusion qui est inadmissible. C'est par l'observation et l'enchaînement des symptômes qu'on s'est cru fondé à croire d'abord que l'utérus est le point de départ ; puis, c'est parce qu'on n'a pu constater aucune lésion réelle dans sa forme et sa structure, qu'on a admis qu'il était névrosé : ce qui est très-admissible. Quant à ses fonctions, elles sont troublées, et c'est pour cela que Cullen a été forcé de reconnaître la matrice comme source de tous les désordres. Nous avons déjà cité le passage où cet auteur dit que la maladie lui paraît commencer par le paquet intestinal ; mais que les paroxysmes ont une telle connexion avec le flux menstruel, et sont tellement liés aux maladies des parties de la génération, que c'est avec *raison* que les médecins de tous les temps ont considéré l'hystérie comme une affection de l'utérus.

Georget a beaucoup mieux raisonné lorsqu'il a réfuté Pujol. L'hystérie, suivant Pujol, aurait pour point de départ une métrite chronique, mais Georget a prouvé que dans l'hystérie, il n'existe pas de métrite, précisément par les raisons sur lesquelles Pujol croyait pouvoir s'appuyer. Pujol disait que l'autopsie cadavérique en fournit les résultats ; que la compression de l'hypogastre est douloureuse, que presque toutes les malades ont des flueurs blanches, et présentent des irrégularités du flux menstruel ; que l'hystérie est fréquente à l'âge où les femmes cessent d'être réglées, et où l'utérus éprouve si souvent des inflammations chroniques ; que les grossesses et les couches engendrent des phénomènes nerveux et hystériques qui cessent aussitôt que l'organe est rétabli. Georget a répondu à cela que la preuve tirée des autopsies n'est appuyée d'aucun fait par l'auteur ; qu'il est faux qu'on fasse souffrir les malades en pressant l'hypogastre, et que les flueurs blanches et les irrégularités du flux menstruel sont fréquentes chez les femmes les mieux portantes. Relativement à ce dernier point, Georget aurait dû dire, seulement dans l'espèce, que les flueurs blanches et les irrégularités du flux menstruel ne sont pas les indices d'une métrite chronique ; car ce sont des altérations de sécrétion, qui, si elles ne dérangent pas la santé générale, indiquent toujours un état anormal de l'utérus, et militent en faveur de l'opinion qui rattache l'hystérie à cet organe. Quant à l'assertion de Pujol que les grossesses et les couches engendrent des phénomènes nerveux et hystériques qui cessent aussitôt que l'organe est rétabli, elle est sans réplique ; non comme tendant à prouver que la métrite chronique constitue l'hystérie, mais que l'utérus est le point de départ de cette maladie. Et cela est si vrai, que Georget est enfin forcé d'avouer que « cette observation de » Pujol *prouve* l'influence de l'utérus dans l'hys- » térie, mais non l'existence de la métrite. »

Georget était de bonne foi, et ce qui l'indique, c'est qu'après avoir cru devoir établir que le cerveau est le siége de l'hystérie, que tous les phénomènes partent de là, après avoir proposé d'appeler cette maladie *encéphalie* au lieu d'hystérie, il pose lui-même une série de questions qui toutes restent insolubles dans son système. « Quel état » du cerveau, dit-il, produit ces convulsions ef- » frayantes, cette céphalalgie atroce, et cette sus- » pension incomplète ou entière de la connais- » sance? d'où proviennent ces paralysies ou ces » rétractions spasmodiques qui ne durent souvent » qu'un laps de temps fort court? Un phénomène » fort singulier c'est le gonflement de l'abdomen » qui survient quelquefois presque tout à coup. » Enfin si on demande pourquoi l'affection hysté- » rique est si commune chez les femmes (il aurait » pu ajouter et dans la période utérine de leur » vie), nous ne connaissons pas la cause de ces » faits, etc., etc.

Il résulte de notre examen des opinions de Georget, que les phénomènes caractéristiques des deux maladies nous paraissent avoir été bien observés par cet auteur ; qu'il a surtout simplifié la question du point de départ de l'hypochondrie, sans cependant avoir réellement indiqué le genre de lésion primitive, parce qu'il croyait cette lésion tout organique.

Quant à l'hystérie, tout en la distinguant de l'hypochondrie par l'ensemble et la marche de ses symptômes, il n'a pas su remonter assez haut pour en découvrir le véritable siége primitif ; de sorte qu'à l'exemple de Willis, il a attribué au principe des nerfs, pour nous servir de l'expression du médecin anglais, ce qui n'était que *communiqué* sympathiquement à ce même principe.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons déjà sentir

que cet examen n'a pas été inutile, puisque, rejetant avec Georget les opinions erronées avancées par les auteurs les plus récents, nous sommes entrés dans le fond de la question, et nous allons y trouver de nouvelles raisons pour tracer une ligne de démarcation plus évidente que jamais entre l'hypochondrie et l'hystérie.

Suivant nous, tout diffère dans ces deux maladies : la cause prochaine, le siége, la nature essentielle, n'ont aucun point d'analogie. Nous pouvons ici donner les développements nécessaires à cette proposition.

§ XXII. Hypochondrie. Les premiers symptômes de l'hypochondrie, les seuls symptômes constants, les symptômes enfin caractéristiques, viennent de l'état de l'intelligence, c'est une vérité fondamentale que nous avons suffisamment établie ; mais précisons davantage ce qu'on doit entendre par ces expressions.

Nous avonsdonné, aux diverses variétés de l'hypochondrie, les noms des *monomanies,* en y ajoutant celui des organes postérieurement en souffrance, pour indiquer le rôle que l'entendement est appelé à jouer dans la production de *tous* les phénomènes morbides de cette affection : mais on aurait tort d'assimiler entièrement cette maladie aux monomanies qui constituent les aliénations mentales des auteurs.

Dans l'hypochondrie, le principe intellectuel n'est pas malade, et, pour le dire en passant, il est impossible d'admettre qu'il puisse jamais le devenir. C'est donc à tort qu'on a soutenu que parfois la folie consiste dans une *maladie de l'âme :* c'est une erreur : ou l'âme existe par elle-même, tout en se manifestant par les actes du cerveau, ou elle est un produit du cerveau. Si elle existe par elle-même, et c'est notre opinion, elle ne peut être malade, c'est une conséquence de son immatérialité ; si elle est un produit du cerveau, un produit ne peut être malade, ce serait alors le cerveau qui serait uniquement affecté ; mais d'autres ont dit que dans certains cas de folie, il y a aussi simplement erreur dominante qui maîtrise plus ou moins la volonté des malades ; sous ce rapport il y aurait, en effet, quelque analogie avec les monomanies hypochondriaques ; mais ce n'est pas tout : dans l'hypochondrie, le cerveau et ses annexes ne sont jamais *primitivement* altérés : on ne peut pas non plus supposer qu'ils soient *irrités* idiopathiquement ou sympathiquement ; en un mot, il n'y a pas primitivement de lésions physiques du cerveau. Georget dit, à la vérité, que l'hypochondrie dépend d'une manière d'être du cerveau, mais il a été fort embarrassé lorsqu'on l'a pressé de spécifier en quoi consiste cette manière d'être du cerveau ; il a bien dit en quoi elle ne consiste pas, que ce n'est pas dans une phlegmasie aiguë ou chronique, ni dans un vice de conformation, ni dans une altération organique, une dégénérescence, etc., etc. ; mais il lui a été impossible de dire en quoi elle consiste. Quant à nous, nous ne dirons pas que l'hypochondrie dépend essentiellement d'une manière d'être physique du cerveau, d'abord parce que ce serait nous fonder sur une supposition, et ensuite parce que nous n'avons pas même besoin de recourir à cette supposition : ce serait nous fonder sur une supposition, car il nous serait impossible de démontrer cette disposition physique ; elle n'a jamais pu tomber sous les sens, et l'analogie ne prouve pas qu'elle puisse exister d'une manière inappréciable ; nous n'avons pas besoin de recourir à cette supposition, car nous admettons seulement que l'hypochondrie dépend *d'une manière de penser* nullement amenée, provoquée ou déterminée par une lésion de texture des organes encéphaliques : maintenant on m'objectera peut-être, et on l'a déjà fait, qu'une manière de penser ne peut elle-même dépendre que d'une manière d'être de l'organe pensant. Oh ! ici distinguons : je ne refuse nullement d'entrer dans la discussion de ce point de doctrine ; mais disons d'abord que cette objection, que je vais apprécier en elle-même, peut être faite dans des intentions bien différentes, et avoir ainsi plus ou moins de portée ; tel fera cette objection ou l'a déjà faite, qui croit fermement que le cerveau *pense* comme l'estomac *digère,* que la pensée *s'élabore* comme le chyle se *produit,* et qui me trouvera fort absurde de ne pas admettre ces puissants axiômes pour lui si bien démontrés.

Eh quoi ! dira-t-il, *admettre une manière de penser tout à fait étrangère aux dispositions physiques du cerveau ! Mais j'aimerais tout autant qu'on me parlât d'une maladie de la digestion, qui consisterait en une manière de digérer tout à fait étrangère à l'estomac ! C'est un vice de locution, un langage métaphysique incompréhensible ! Vous devriez vous rattacher à l'opinion de Georget, quoique l'opinion de Georget ne soit elle-même qu'une* futilité.

Ainsi un trait de plume décide que Willis et Georget n'ont émis que des *futilités,* que je suis tombé dans toutes les rêveries d'une *métaphysique incompréhensible,* etc., etc. ; et ces décisions viennent, car il faut le dire enfin, d'un homme qui, plus sage jusque là, s'était borné à méditer sur les *bandages à extension permanente,* sur les *hémorrhoïdes des femmes en couches,* et sur l'*ongle incarné ou rentrant.*

Ce qu'il y a de plus fâcheux, c'est que dans le monde dit savant, on rencontre bien des génies taillés sur ce patron.

« Il y a des esprits courts, a dit tout récemment
» un homme de beaucoup de talent (*Gazette mé-*
» *dicale,* t. III, n° 79), esprits à grandes préten-
» tions philosophiques, qui s'imaginent qu'il suf-
» fit de savoir qu'on ne peut penser *sans* cerveau
» pour n'avoir plus rien à apprendre sur la na-
» ture humaine, et que l'anatomie du cerveau
» donne l'explication dernière et complète de la
» métaphysique, des religions, de la morale, de
» la psycologie, et de la politique. Ceux-ci sont

» des pédants présomptueux, qui ignorent les premiers mots de toutes les questions, et qui tranchent du professeur dans des matières où ils pourraient recevoir des leçons du plus mince écolier en philosophie. »

A des esprits ainsi tournés, il n'y a rien à répondre, sinon qu'ils auraient dû mieux se connaître, et ne pas aborder des sujets évidemment au-dessus de leur portée (1).

Maintenant une objection sérieuse, mais autrement exprimée et conçue d'ailleurs dans un tout autre esprit, m'a été faite par des hommes recommandables (*Rapport de la Société royale de médecine de Bordeaux*).

L'intelligence a été trop isolée, par vous, *de l'organisme*, m'a-t-on dit.

Pour traiter cette question, il convient de reprendre les choses de plus haut :

« La constitution physique, dit quelque part » Condorcet, me paraît influer sur l'intelligence » humaine, non comme ayant le pouvoir de la » modifier en elle-même, mais comme opposant » des obstacles à son activité, ou comme donnant » la force de l'employer avec plus de constance » et de liberté. »

Mais je n'ai pas même besoin de recourir à cette circonstance qu'il y a non-seulement doute, dans les esprits réellement philosophiques, mais encore aveu d'ignorance de leur part, sur tout ce qui est relatif à l'essence du principe intellectuel ; je n'irai donc pas résumer ici tout ce que Dugald-Stewart a avancé pour prouver l'insuffisance de la théorie de Locke, et d'ailleurs, nous ne sommes plus à l'époque où Condillac pouvait soutenir que non-seulement les sensations amenaient les idées dans le cerveau, mais y apportaient aussi les facultés intellectuelles.

J'admets pleinement que la pensée ne peut se manifester sans l'intervention des organes encéphaliques : l'existence de ces instruments est une condition *sinè quâ non :* les physiologistes ont suffisamment prouvé de nos jours cette proposition, et ils avaient été précédés dans leurs explications, par Hartley, Priestley, Darwin et Horne-Tooke ; mais est-ce à dire pour cela que suivant que la pensée s'applique à tel ou à tel ordre d'idées, la disposition physique du cerveau devient anormale? N'est-ce pas à l'aide d'un petit nombre de facultés que l'esprit poursuit ses opérations? Et ne peut-on pas concevoir qu'il y ait parfois *prédominance* de telles ou telles idées, en raison des sensations venues du dehors, sans que cette prédominance tienne à un changement *morbide* dans la disposition physique du cerveau? Je viens de dire que les facultés sont peu nombreuses, et en effet, les phrénologistes, malgré leurs prétentions, ne les ont pas décomposées ; ils n'ont pas fait, pour les facultés, ce que les chimistes modernes ont fait pour les éléments d'Aristote ; car, il ne faut pas s'en laisser imposer, ils ont localisé des opérations spéciales, mais chacune de ces opérations n'en réclame pas moins l'action de toutes les facultés antérieurement admises par les psycologistes. Je reviens à la question, et je répète que la *manière de penser* qui constitue primitivement l'hypochondrie, qui est le véritable point de départ de cette maladie, ne tient nullement au développement d'une altération physique dans les organes encéphaliques. Les matériaux des idées viennent en général du dehors; ces idées peuvent être modifiées par des sensations nées spontanément dans le sein des organes, mais, dans tous les cas, les organes encéphaliques perçoivent les sensations, agissent sur les idées, sans modification anormale dans leur propre texture, et cela, quelle que soit la source de ces idées, quelle que soit même la prédominance et la tendance fâcheuse de ces idées ; or, c'est précisément là le cas de l'origine première de l'hypochondrie ; car notez que ces idées sont alors normalement déduites ; qu'elles ne permettent de supposer ni altération dans la faculté de percevoir, ou dans la faculté de comparer, ou dans la mémoire, etc., etc. ; cette *manière de penser* tient donc moins au mode d'action de la pensée, qu'à la nature exclusive des objets médités ; or, on sait que le mode d'action tient essentiellement à l'organisme, tandis que les objets en sont indépendants ; c'est pour cela que la force et l'étendue des facultés tiennent aux conditions matérielles des organes encéphaliques, tandis que les idées arrivent parfois *involontairement*, et forcent en quelque sorte l'organe pensant à les accepter, et à méditer *exclusivement* sur elles. C'est encore dans ce dernier cas que se trouve l'hypochondrie à son début ; mais c'est ce que ne peuvent concevoir ceux qui n'ont ni analysé les *premiers* phénomènes de l'hypochondrie, ni suivi leur filiation.

Ces explications, toutefois, étaient à donner à ceux qui m'ont reproché d'avoir *trop* isolé l'intelligence de l'organisme ; l'énonciation seule de cette objection montre que ces médecins ne sont pas de la classe de ceux qui assimilent l'intelligence et ses opérations aux fonctions de l'estomac; *trop* isolé, ont-ils dit, parce qu'ils ont compris qu'en entrant philosophiquement dans l'analyse des faits intellectuels, on pouvait y trouver quelque chose, sinon d'isolé, du moins d'indépendant des lésions organiques.

Pour nous, plus nous avons médité sur cette

(1) Si mon honorable compétiteur, M. Brachet de Lyon, s'était contenté de gémir sur l'injustice dont il prétend avoir été victime, je me serais abstenu de faire allusion à sa diatribe : libre à lui de croire et de dire, comme un écolier mécontent, qu'on lui a ravi *son* prix ; libre à lui de faire tomber sa mauvaise humeur sur le rapporteur de la commission ; mais M. Brachet, qui sait si bien interpréter des faits sur lesquels je m'expliquerai s'il le désire, M. Brachet, dis-je, a attaqué mon ouvrage sans le connaître, sur une phrase détachée, et d'une manière tellement inepte, que j'ai dû le stygmatiser comme il le mérite.

question, plus nous nous sommes pénétrés de cette conviction que l'hypochondrie dépend essentiellement, dans son origine, de la prédominance et de la tendance d'un ordre particulier d'idées; qu'il en résulte une manière de penser qui constitue presque à elle seule la première période de cette maladie, et cette première période, nous l'avons décrite.

Il y a donc cette différence entre Georget et nous, qu'une manière d'être physique inconnue, inappréciable, tout à fait hypothétique, des organes cérébraux, a été donnée d'autorité par cet auteur, comme point de départ de l'hypochondrie, tandis que nous n'admettons, dans le principe de cette maladie, qu'un choix particulier d'idées, choix amené et provoqué par les causes que nous avons exposées dans notre étiologie; d'où prédominance de ces idées, et tendance au développement des trois périodes de l'hypochondrie; et ce qu'il y a de plus important, c'est que nous pouvons donner à la fois une description de cet état de l'intelligence et en tirer des inductions raisonnées.

Il était important, en effet, de bien caractériser cette prédominance d'idées, cause première de tous les désordres; on a vu qu'elle n'est pas analogue à ces monomanies des auteurs qui conduisent presque infailliblement aux aliénations mentales les plus complètes, les monomanies ambitieuses et suicides, par exemple; chez l'hypochondriaque, il n'y a pas de folie comme on l'entend communément : je n'ai pas ici à rappeler tous les accidents consécutifs de l'hypochondrie, soit dans les voies digestives, soit dans le système circulatoire, soit dans l'appareil sensitif général; je ne parle que de l'état de l'intellect; eh bien! que voyons-nous sous ce rapport? N'y a-t-il pas plutôt excès que défaut de perfectionnement dans les idées du malade? Trompé par des sensations qu'il a fini par susciter lui-même dans ses organes, il se croit presque toujours atteint d'une maladie singulière et bizarre, lorsque la texture de ses organes n'est pas encore altérée; du reste il peut remplir parfaitement ses devoirs; et, à moins de complications, l'erreur qui le domine éprouve bien des variations, c'est-à-dire qu'il se croit plus ou moins malade, mais on ne le voit pas tomber dans les aliénations mentales qui suivent si souvent les autres genres de monomanie.

Les monomanies des auteurs finissent, en effet, presque toujours, je l'ai dit, par un état complet d'aliénation mentale, parce qu'en général elles sont produites par quelque lésion physique du cerveau; mon collègue et ami le docteur Bayle a démontré que cette lésion consiste très-souvent dans une phlegmasie chronique des méninges (arachnoïde, pie-mère), et quelquefois dans une irritation du cerveau (*Nouvelle doctrine de l'aliénation mentale*, 13).

M. Falret me paraît se rapprocher beaucoup de l'opinion de Georget : « Dans la grande majorité » des cas, dit-il (de l'hypochondrie et du suicide, » 371), le *cerveau* est primitivement *affecté* dans » l'hypochondrie; quelquefois seulement la lésion » d'un autre organe peut en être regardée comme » la cause éloignée. »

Je ne renouvellerai pas ici la discussion à laquelle je me suis livré, plus haut, en examinant l'opinion de Georget; je ferai seulement remarquer que M. Falret, pour motiver son assertion, examine, comme je l'ai fait moi-même, cette question sous le rapport des causes, des symptômes et du traitement. Quant aux secours de l'anatomie pathologique, secours qui auraient été si décisifs pour prouver une affection matérielle du cerveau, *je ne les invoquerai pas*, dit cet auteur; ce qui prouve, suivant nous, qu'il n'y a pas primitivement d'affection matérielle du cerveau : car un praticien aussi judicieux et aussi éclairé que M. Falret n'aurait pas manqué, dans ce cas, d'invoquer avant tout les seules preuves péremptoires de son opinion. Quoi qu'il en soit, M. Falret a parfaitement saisi l'action des causes dans bon nombre de cas; il a émis des idées exactes sur les symptômes, et, sous ce rapport, il est le premier qui ait essayé de mettre de l'ordre là où il n'y avait que de l'incohérence; enfin, les idées de ce médecin, sur le traitement, sont tout à fait philosophiques. J'aurai occasion d'y revenir à l'article de la thérapeutique, et d'accorder à cet auteur un juste tribut d'éloges.

Pour nous, nous le répétons, dans les monomanies hypochondriaques, il n'y a qu'erreur dominante, erreur qui ne résulte d'aucune lésion matérielle, mais qui trouve évidemment ses causes dans toutes les circonstances que nous avons examinées ailleurs.

Si cette erreur dominante pouvait exister sans porter les hypochondriaques à tourmenter leurs propres organes par une fâcheuse et continuelle attention, et par les régimes les plus intempestifs, si elle ne les entretenait pas dans une anxiété perpétuelle, elle n'aurait aucun résultat fâcheux pour l'organisme, et elle rentrerait dans la classe nombreuse de ces erreurs qui, loin d'empêcher les hommes de bien se porter, paraissent plutôt propres à amener une exubérance de forces physiques; mais il n'en est pas ainsi. L'hypochondriaque, sous l'influence de cette cause prochaine, transgresse bientôt les lois imposées à l'organisme, et c'est de la violation de ces lois primitives que naissent tous les désordres de l'hypochondrie confirmée.

Que l'intellect, excité par le sentiment de la prudence, n'attende pas les derniers moments pour se garantir des agents nuisibles qui nous environnent, c'est dans l'ordre des choses, et c'est cette prévoyance morale qui a assuré à l'espèce humaine la souveraineté sur les autres animaux; que poursuivi par le sentiment de la crainte, l'intellect

s'épouvante à l'aspect de tous les événements, l'exercice de cette fonction est déjà faussé, l'esprit se déprave ainsi par ses propres émotions, et de terreur en terreur il peut tomber dans une aliénation complète; que, tourmenté enfin par l'effroi que lui causent les sensations variées et passagères venues de ses propres organes, l'intellect suive continuellement et avec anxiété tous les mouvements et tous les actes de ces organes, c'est, en quelque sorte, la violation la plus funeste des lois primordiales de l'organisme. L'intelligence ne s'occupe dès lors ni des êtres matériels qui nous environnent, comme le fait l'homme dans l'enfance des sociétés, ni des nobles inspirations de la pensée, comme doit le faire l'homme civilisé; elle se consume et s'épuise à chercher la nature et le remède de ce qui n'existe pas encore, ou de ce qu'elle a fait naître elle-même.

Il résulte en effet de cette funeste aberration des forces intellectuelles, que des organes qui devaient à jamais rester plongés dans le silence des propriétés organiques, s'éveillent enfin comme étonnés de cette investigation, et apportent à l'âme des sensations douloureuses et permanentes; sensations qui finissent quelquefois par empoisonner toute l'existence, parce qu'à chaque instant elles rappellent à l'âme et l'idée d'une maladie grave et celle d'une fin prochaine.

On parle sans cesse de l'influence du physique sur le moral, et presque jamais du moral sur le physique; cette dernière influence cependant n'est pas moins fâcheuse et moins certaine, et c'est dans l'hypochondrie qu'elle apparaît pleinement.

Sans doute il faut beaucoup de temps pour que la puissance intellectuelle amène des désordres permanents dans les fonctions de la vie organique; car cette puissance n'est vaste et forte que lorsqu'elle suit sa brillante carrière, c'est-à-dire lorsqu'elle soumet à ses investigations tous les êtres et tous les phénomènes de l'univers, ou lorsque concentrée en elle-même elle analyse ses propres opérations; mais lorsqu'elle veut changer la nature des choses, lorsqu'elle veut se substituer à la puissance organique, puissance née avant elle, et qui n'a pas eu besoin comme elle d'éducation pour régulariser ses actes, alors, faible et bornée, elle nuit, non parce qu'elle agit, mais parce qu'elle empêche d'agir, parce qu'elle entrave, parce qu'elle porte le trouble là où régnait l'ordre, c'est-à-dire dans le domaine de la vie organique, et surtout dans la région des hypochondres; ce qui a valu son nom à la maladie. « Passio hypochon-» driaca sub mucronatâ cartilagine, ac costis spu-» riis, in hypochondriorum regione suam exercet » TYRANNIDEM. » Hoffmann s'est ici servi d'un mot très-heureux; c'est en effet une sorte de tyrannie que l'esprit des hypochondriaques exerce alors sur les fonctions digestives.

Ce qui porte encore à croire que l'hypochondriaque ne devient malade physiquement que parce qu'il transgresse les lois de l'organisme, c'est ce qui se passe chez les animaux dans certaines circonstances. L'hypochondrie est une maladie exclusive à l'espèce humaine, parce qu'elle consiste dans l'abus d'une faculté qu'elle a seule en partage. Les animaux évitent instinctivement ce qui peut leur donner la mort, mais ils ne savent pas la prévoir, ils ne paraissent même redouter en elle que la douleur présente; aussi voyez ce qui en résulte. Tandis que l'hypochondriaque, éveillé par ses soucis, cherche à connaître l'effet que va produire dans son estomac la petite quantité d'aliments qu'il vient d'y introduire; tandis qu'il s'occupe exclusivement des fonctions de son estomac, comme si leur régularité dépendait des soins de son esprit, les autres animaux, dès qu'ils sont rassasiés, éprouvent le besoin du sommeil, et s'y laissent aller en toute sécurité; que doit-il advenir dans ces deux situations? Chez l'hypochondriaque, l'estomac s'acquitte mal de ses fonctions, par cela seul que l'esprit veille sur lui, et qu'il veille péniblement; c'est la pensée de Baglivi: « Ob illum ipsum va-» num timorem, non solùm exiguum illum cibum » malè digerunt sed ob hoc in morbis incidunt. » Chez les animaux c'est le contraire, ils dorment, et leurs fonctions digestives entrent dans toute leur plénitude. Aristote l'a parfaitement bien exprimé: « Facultas quæ nutrit et vegetat munus » suum meliùs consopitis quam *vigilantibus* ani-» malibus absolvit: tunc omnia probiùs et aluntur » et augentur, ut quæ nihil adeo ope sensu au-» geant. »

On peut encore ajouter à tout ce que nous avons dit ailleurs sur l'influence diverse des âges dans l'hypochondrie, que plus on se rapproche de l'instant de la naissance, moins il y a de corrélation entre la vie organique et la vie animale; il en résulte que la vie organique est plus indépendante de la vie de relation, et que ses actes, moins susceptibles d'être entravés, s'exécutent avec plus de liberté; la vie sensoriale, ce don funeste pour les hypochondriaques, existe à peine dans la première enfance, c'est pour cela que les jeunes enfants ne sont jamais atteints d'hypochondrie. Loin de se mêler des fonctions des organes, l'esprit commence à s'essayer dans les siennes. Aussi les enfants digèrent très-vite et dorment beaucoup; c'est le contraire chez les vieillards et chez les hypochondriaques, les digestions sont lentes, pénibles, et le sommeil très-court, il semble que la vie animale, sur le point de s'éteindre, ne veut plus rien laisser à la vie organique.

Ce n'est pas toutefois chez les vieillards que l'influence mentale est portée au plus haut point sur les fonctions, c'est pendant la période de la vie que nous avons nommée intellectuelle, parce que, comme le dit Cabanis, « La puissance exercée » par l'organe cérébral et d'autant plus remarqua-» ble, qu'il exerce ses fonctions avec plus d'é-» nergie et d'activité. »

Nous voyons que, sans admettre deux principes différents, Cabanis a été forcé de reconnaître cet empire du moral de l'homme sur le physique, et il a ajouté que cette communauté d'action et de réaction existerait encore quand il y aurait deux principes d'action (*Table analytique*), parce qu'elle résulte de la nature des choses.

Ce même Cabanis paraît avoir entrevu ce que nous avons dit des effets de l'esprit sur les fonctions : « L'action de l'organe de la pensée et de » la volonté, a-t-il dit (*Infl. du mor. sur le phys.*, » Conclusion), est capable d'exciter, de suspen- » dre, et même de *dénaturer* toutes ces fonctions. »

Pour nous résumer relativement à la nature essentielle de l'hypochondrie, nous dirons que, dans cette maladie, c'est la puissance intellectuelle qui, dans le principe, se constituant en quelque sorte cause prochaine des accidents, va troubler le jeu des organes naturellement soumis à la puissance vitale ; c'est elle qui trouble et déprave les fonctions digestives, en se concentrant tout entière sur ces actes, elle trouble de la même manière le rhythme des battements du cœur, rend la respiration pénible, éveille des sensations douloureuses, et finit ainsi par névroser les organes, et les névroses amènent à leur suite les lésions organiques.

§ XXIII. Hystérie. Dans l'hystérie, au contraire, comme nous allons le développer, c'est la puissance vitale surexcitée dans un appareil organique qui réagit sur l'axe cérébro-spinal ; c'est elle qui, par sa violente influence, tantôt exalte les facultés morales, et tantôt suspend les opérations de l'intellect ; suscite sympathiquement des convulsions dans les grands muscles de la locomotion ; c'est elle enfin qui épuise quelquefois l'influx nerveux de manière à amener des états de mort apparente, et à laisser des paralysies et des rétractions spasmodiques plus ou moins graves et plus ou moins durables. Entrons dans quelques détails à ce sujet.

Nous avons cherché à prouver par la succession des phénomènes de l'hystérie, que le point de départ de cette maladie est dans l'utérus. Si maintenant nous voulons savoir quelle est la nature des lésions primitives éprouvées par cet organe dans cette maladie, nous sommes portés à croire qu'une simple irritation nerveuse peut suffire pour déterminer la plupart des accidents généraux en raison des connexions de l'utérus avec toute l'économie, et en raison de la nature de cette lésion toute spéciale et toute puissante. Les partisans de l'école physiologique n'ont pas raisonné physiologiquement lorsqu'ils ont cru à la nécessité d'une gastro-entérite ou d'une métrite chronique pour produire les accès convulsifs de l'hystérie. Comme ils n'ignoraient pas que dans la grande majorité des cas la métrite et la gastro-entérite ne déterminent aucun symptôme hystérique, ils ont été forcés d'ajouter qu'il faut de plus une disposition *particulière* du système nerveux. La difficulté ne s'est trouvée que reculée ; il restait à déterminer la nature de cette disposition particulière et ses corrélations, d'une part avec les viscères enflammés, et de l'autre avec le centre nerveux de la vie animale. Mais des recherches vers ce but seraient inutiles ; il est reconnu que loin d'être enflammée, dans l'hystérie, la matrice n'est pas même douloureuse ; les autres lésions organiques de l'utérus et de ses annexes ne rendent pas mieux raison des symptômes de l'attaque hystérique. Sans doute Diemerbroek, Valsalva, Morgagni, et d'autres auteurs, ont trouvé des dégénérescences nombreuses de ces organes dans des cadavres de femmes hystériques, mais dans bien d'autres cas, tantôt ces dégénérescences n'avaient coïncidé avec aucun accident de ce genre, et tantôt ces organes n'étaient pas altérés chez des femmes évidemment hystériques.

Ce n'est donc pas à l'existence de semblables lésions qu'il faut attribuer les phénomènes généraux de l'hystérie ; en raison, je le répète, de la sensibilité toute spéciale de l'utérus et de ses liens sympathiques, une impression, en apparence légère, peut les produire, et cela arrive d'une manière évidente pour des organes beaucoup moins sensibles que l'utérus.

La remarque de Whytt, citée par Grimaud dans sa physiologie, prouve ce que nous avançons.

« Whytt a très-bien observé, dit Grimaud, que » la sympathie est dépendante d'une sensation *dé- » terminée* et non pas d'une impression *quelcon- » que*, comme cela devrait être si la sympathie » était le produit de quelque cause mécanique, » ou de quelque circonstance de structure (phleg- » masies, lésions organiques). Ainsi, un frotte- » ment rude de la plante des pieds (il aurait pu » ajouter, les diverses lésions organiques de cette » partie, ses plaies, ses ulcères, etc.) (1), n'est » suivi d'aucun mouvement sympathique, tandis » qu'un frottement léger de cette partie agite de » convulsions la plupart des muscles du corps, » convulsions assez violentes même pour produire » la mort, lorsque l'impression d'irritation est » appliquée d'une manière continue. C'est le sup- » plice, dit-on, dont on se servait, sous Louis XIV, » contre les habitants des Cévennes, pour les » convertir à la communion romaine ; supplice » aussi bizarre qu'était absurde le zèle qui l'em- » ployait. »

La sensation propre à mettre en jeu les sympathies chez les femmes, paraît donc être ici le résultat de l'excitation spéciale de l'utérus, dont nous avons déjà parlé ; c'est en cela que consiste la cause première de l'hystérie. Si maintenant nous nous demandions pourquoi, sous l'influence des causes stimulantes du système nerveux, c'est l'u-

(1) J'en excepte les lésions des nerfs qui peuvent devenir causes de symptômes tétaniques ; car tout à fait spécial et exceptionnel.

térus plutôt que tout autre organe qui se trouve excité chez les femmes, car, à l'exception de l'onanisme, du coït et de quelques autres causes, celles que nous avons énumérées paraissent impressionner *généralement* l'organisme; nous pourrions peut-être trouver physiologiquement la solution de cette question de la manière suivante :

Van-Helmont répétait, d'après les anciens : « *Propter solum uterum mulier est id quod est.* » C'est là en effet ce qui constitue toute la femme pendant la période moyenne de sa vie. Là est son plus grand, pour ne pas dire son unique foyer de sensibilité. La division physiologique ordinaire s'applique mieux à l'homme, chez qui les foyers de sensibilité paraissent s'équilibrer. On sait qu'indépendamment du cerveau, de la moelle allongée et de la moelle épinière, on trouve trois foyers différents de sensibilité, et que c'est entre ces divers foyers et l'axe cérébro-spinal que les sympathies sont surtout prononcées.

Quelques physiologistes placent le premier de ces foyers dans la région phrénique, le second dans la région des hypochondres, et le troisième dans les organes de la génération.

Chez les hommes, les émotions stimulantes du système nerveux peuvent s'adresser tantôt à l'un et tantôt à l'autre de ces foyers, en raison des diverses idiosyncrasies; mais chez les femmes, dans la presque totalité des cas, les émotions brusques et vives viennent toutes se concentrer et retentir dans le foyer inférieur, c'est-à-dire dans le système utérin; et lorsque trop de sensibilité est excitée dans ce foyer, elle déborde pour ainsi dire, elle est renvoyée au centre nerveux de la vie animale; et de là tous les accidents sympathiques de l'hystérie.

Le jeu des sympathies a toujours été l'objet des méditations des anciens, et nous avons eu plusieurs fois l'occasion de voir que pour l'hystérie, en particulier, ils connaissaient la part qu'on doit attribuer aux sympathies dans la production des symptômes. Ces idées étaient familières à Hippocrate, c'est ce qu'il entendait sous le nom de *consensus, conspiratio una*, comme l'a remarqué Baglivi : « Corpus humanum fasciculus est » fibrarum variè contextarum, sibi mutuò res- » pondentium, et ab intùs se movente fluido » veluti elatere quodam hinc indè flexarum ; undè » quidem provenit consensus ille unus, conspiratio » una et consentientia omnia magni Hippocratis. »

Il n'y a donc qu'une cause prochaine pour tous les phénomèmes de l'hystérie, c'est cette excitation primitive que nous avons indiquée ; il n'y a aussi qu'un seul siége dans le principe, et ce siége doit être placé dans l'utérus. Mais il y a deux ordres de symptômes ; ceux qui sont produits idiopathiquement et ceux qui le sont sympathiquement. Nous avons encore fait connaître cette distinction fondamentale ; on doit rapporter aux premiers tous les phénomènes spasmodiques qui ont lieu dans les viscères, et aux seconds tous les phénomènes généraux qui se développent dans le domaine de la vie animale. Dans ce dernier cas, le principe déterminant paraît changé, car les organes qui reçoivent leurs nerfs de la moelle allongée et de la moelle épinière, ne peuvent recevoir l'influx nerveux que directement de ces foyers. Resterait à savoir maintenant, comment s'effectue cette action sympathique, et par quelle série d'organes les centres nerveux de la vie organique déterminent par exemple de violentes convulsions dans les muscles de la vie animale. Le grand sympathique va-t-il employer le cerveau comme agent intermédiaire pour agir sur les muscles ? Cette supposition ne peut être admise ; le cerveau n'a pas de nerfs qui lui soient propres, il ne pourrait prêter que sa volonté, et cette volonté n'entre pour rien dans les actes sympathiques ; ce n'est donc pas le cerveau, dans ce cas, qui est stimulé, et telle n'était pas l'idée de Bichat, comme on le croit communément. Lorsqu'il arrive à Bichat de dire qu'un viscère excite sympathiquement le cerveau en totalité ou seulement quelques-unes de ses parties, il faut toujours entendre l'axe cérébro-spinal ; c'est en ce sens qu'il a dit que le cerveau est le centre unique du système nerveux de la vie animale.

Ainsi les phénomènes convulsifs dans l'hystérie ne sont pas déterminés par le moyen du cerveau, pas plus que les phénomènes instinctifs, comme nous le verrons tout-à-l'heure.

L'influx nerveux, agent unique des mouvements, ne part pas du cerveau, il ne lui appartient pas, il vient de la moelle allongée et de la moelle épinière ; encore une fois, les organes de la vie animale ne peuvent le puiser que dans ces parties. Je l'ai dit ailleurs (1); cet influx est donc comme un premier levier situé dans la moelle allongée et dans la moelle épinière. Il faut maintenant des puissances pour mouvoir ce levier, et il y en a deux : l'une est la *volonté* ou la puissance intellectuelle, elle réside dans le cerveau, et lorsque les besoins de la vie animale l'exigent, lorsqu'elle a senti la possibilité de satisfaire ces besoins, elle agit sur ce premier levier, l'influx part aussitôt et les mouvements volontaires ont lieu. L'autre est une puissance qui réside dans les centres nerveux de la vie organique, puissance que nous appelons vitale, parce qu'elle est commune à tout ce qui a vie dans la nature, tandis que l'autre n'appartient qu'aux classes les plus élevées.

La puissance vitale peut aussi en quelque sorte agir sur ce levier, et elle le fait quelquefois sans aller chercher l'intermédiaire du cerveau, comme nous allons le prouver : elle le fait d'abord dans l'état de santé, nous l'avons dit ailleurs, et alors les mouvements qu'elle détermine, reconnaissables à un certain cachet de spécialité, ne trompent

(1) *De l'Instinct et des Déterminations instinctives* ; mémoire lu à l'Académie royale de médecine.

personne, on les appelle mouvements instinctifs.

Je sais que Condillac et Helvétius ont nié les mouvements instinctifs ; mais ces philosophes ont méconnu ces fonctions physiologiques.

On peut poser en principe les trois propositions suivantes : 1° *Les mouvements instinctifs* et *sympathiques* ont lieu sans l'intermédiaire du cerveau, pendant la vie utérine du fœtus, et ce sont les seuls mouvements possibles chez lui. 2° Les mouvements instinctifs et sympathiques peuvent avoir lieu pendant tout le reste de la vie sans l'intermédiaire du cerveau. 3° Les mouvements instinctifs et sympathiques sont d'autant plus prononcés que le cerveau ou que les fonctions cérébrales y ont moins pris de part.

Il ne faut pas croire avec Bichat que le fœtus se meut dans le sein de sa mère, parce que les organes de la vie organique transmettent au *cerveau* des sensations propres à déterminer des contractions musculaires ; aujourd'hui il est parfaitement prouvé que des fœtus anencéphales ont exécuté ces mêmes contractions.

Les mouvements instinctifs ont encore lieu après la naissance sans l'intermédiaire du cerveau. Nous avons vu à l'Hôtel-Dieu de Paris un fœtus anencéphale à terme vivre trois jours, et pendant tout ce temps pousser des cris, exercer des mouvements de succion, des mouvements de flexion et d'extension très-énergiques.

Ce fait est consigné dans l'ouvrage de mon célèbre ami le professeur Lallemand de Montpellier (*Observations patholog.*, etc. Paris, 1823).

Les mouvements sympathiques et instinctifs, avons-nous dit, sont d'autant plus marqués, précis et énergiques, que le cerveau est devenu complétement nul ; c'est parce que, lorsqu'il n'est pas tout à fait nul, il les entrave et les comprime. Nous l'avons remarqué dans un autre lieu, c'est lorsque la vie est dans un danger imminent, c'est lorsque le cerveau est comme anéanti, que les actions instinctives apparaissent dans tout leur éclat et dans toute leur puissance.

Ainsi, quand un homme ne cherche pas à éviter la mort, c'est par la seule force de son intelligence ; car alors il soutient une lutte, non contre la mort, qui n'est rien en elle-même, mais contre la puissance instinctive ou vitale qui ne veut pas mourir. Chez les hommes courageux, tant que l'intelligence est entière, elle fait taire l'instinct ; mais lorsqu'elle est la première abolie, ce qui arrive dans certains genres de mort, l'instinct, jusque-là comprimé, se relève et déploie toutes ses ressources.

Certes, jamais homme ne fut moins porté à reculer devant la mort que l'amiral Coligny, eh bien! l'histoire dit que, lorsque percé de coups de poignards, on cherchait à le précipiter d'un premier étage dans la rue, l'instinct, qui n'était plus contrarié en lui par sa grande intelligence, l'instinct faisait qu'il se cramponnait avec force aux bords de la fenêtre, l'instinct se refusait à mourir.

Dans l'état de maladie, et en particulier dans l'hystérie, la puissance vitale, surexcitée dans le foyer utérin, se trouve réfléchie et envoyée vers l'axe cérébro-spinal ; elle vient ainsi mouvoir ce levier dont nous parlions tout à l'heure ; elle agit sympathiquement sur la source de l'influx nerveux, et les grandes convulsions se déclarent. Le cerveau n'entre plus pour rien dans tous ces actes ; le plus souvent il est réduit à un état de demi-nullité ; ses facultés, qu'on pourrait nommer actives, sont presque toutes suspendues.

Dans les accès d'hystérie bien caractérisés, tous les rapports du cerveau avec la moelle allongée et avec la moelle épinière, semblent complétement détruits ; dans beaucoup de cas il ne reste à l'intelligence que la perception de certaines sensations, mais non la faculté de réagir au moyen des mouvements physiques. Ainsi la plupart des malades ne perçoivent plus que les sensations qui viennent par l'audition et l'olfaction ; quelquefois même il arrive que les muscles de la face sont aussi enlevés à la volonté ; ce n'est plus du malaise qui est exprimé par la physionomie ; ses mouvements sont bizarres, extraordinaires, dirigés même parfois de manière à imiter le rire, tandis que les yeux sont encore pleins de douleur. Après l'accès, ces malades disent qu'elles ont tout entendu, qu'elles ont réfléchi, mais qu'il leur était impossible de se mouvoir volontairement ou de mettre fin à leur agitation.

Telles sont quelques-unes des circonstances qui n'ont pas encore été bien expliquées, et cela parce que, selon nous, on n'a pas su distinguer deux ordres de choses dans les organes encéphalo-rachidiens.

On a prétendu trouver en eux matériellement et identiquement l'organe des opérations de l'intelligence, l'organe central des sensations, celui des volitions, l'organe producteur de l'influx nerveux, le point de départ des mouvements raisonnés, celui des mouvements, instinctifs, etc., etc.

L'axe cérébro-spinal devait être d'abord considéré fonctionnellement sous deux rapports, 1° comme siége des opérations de l'intelligence, et comme point de départ de la volonté ; c'est cette partie connue sous le nom de cerveau qui paraît y présider ; 2° comme agent producteur et comme point de départ de l'influx nerveux ; ceci se rapporte à la moelle allongée et à la moelle épinière.

Quand donc les foyers de la vie organique, et surtout le foyer utérin, sont le siége d'une excitation anormale, ils réagissent sur l'axe cérébro-spinal, ils déterminent ainsi des phénomènes généraux, mais ils n'ont d'action alors que sur le point de départ de l'influx nerveux, influx qu'ils précipitent si violemment sur les organes du mouvement. C'est cet influx que les préparations saturnines, cuivreuses, mercurielles, etc., peuvent altérer et même anéantir. C'est encore cet influx

que les courants d'électricité peuvent modifier si puissamment. Gardons-nous cependant de pousser trop loin ces conséquences; quand bien même le galvanisme perfectionné pourrait ouvrir les yeux d'un cadavre, faire battre son cœur et respirer ses poumons, ce ne serait encore qu'un cadavre humain ; car pour ce qui est du principe intellectuel, de l'agent de la pensée, du *moi*, pour ce qui est enfin non-seulement impondérable, mais encore immatériel, toutes les puissances physiques de l'univers se réuniraient entre elles, qu'avec tous leurs éléments, toutes leurs formes, toutes leurs propriétés, elles ne pourraient encore le rallumer.

Mais revenons à l'hystérie. Nous venons de trouver ici la solution d'une question souvent agitée. On s'est souvent demandé pourquoi la raison est si rarement altérée par l'effet des accidents hystériques ; M. Esquirol s'étonne que les accès violents de l'hystérie ne finissent pas par jeter les malades dans la démence, comme cela arrive si fréquemment après les attaques d'épilepsie ; Georget a répondu que c'est parce que dans l'hystérie le cerveau est *moins* fortement affecté ; mais, nous l'avons vu, c'est parce que, dans l'hystérie, les accidents ne portent pas sur l'axe cérébro-spinal tout entier : c'est le point de départ du fluide nerveux qui est seul influencé ; c'est la moelle allongée et la moelle épinière, et non l'organe chargé des opérations de l'esprit.

Rappelons encore que ces lésions sont purement fonctionnelles, et qu'elles ne laissent point de traces matérielles dans l'origine du système nerveux ; c'est pour cela que Georget ne pouvait rien dire sur la manière d'être de l'encéphale dans l'hystérie ; c'est pour cela qu'il réfutait d'une manière péremptoire ceux qui supposent des irritations vasculaires, des lésions de tissu, etc., etc. ; mais lorsqu'il s'agissait d'établir la nature de son affection idiopathique, il avouait qu'il l'ignorait complétement.

Georget a eu le grand tort de vouloir tout ramener à l'encéphale, tandis que les ouvrages des auteurs sont pleines d'observations qui prouvent que les phénomènes convulsifs les plus prononcés sont souvent déterminés par l'influence des autres viscères sur les centres nerveux, et surtout par celle de l'utérus, comme le remarque Hoffmann : « Atque etiam nullus morbus est, cui tam facile » convulsiones artuum jungantur quam qui ex » uteri vitio nascitur, ut adeo etiam exindè dis- » crimen mali hypochondriaci et hysterici dijudi- » care liceat. »

La matrice est donc au premier rang parmi les organes qui déterminent sympathiquement des convulsions; vient ensuite l'estomac, puis les intestins, etc. Pour voir combien sont nombreux les cas dans lesquels l'estomac a produit ces accidents, il suffit de consulter les ouvrages de Valleriola, de Fernel, Forestus, Bonnet, Voodwart, Boerhaave, etc. ; et pour ceux dans lesquels les intestins ont été la cause déterminante, on n'a qu'à parcourir Tulp, Pechlin, Bertholin, Stahl, Heister, Wepfer, van der Bosch, etc., etc.

Nous en avons dit assez, ce nous semble, sur les opinions relatives au siége et à la nature essentielle de l'hypochondrie et de l'hystérie, pour montrer combien ces deux maladies diffèrent sous ce rapport ; et si nous avons cru devoir hasarder nos propres opinions dans cette partie de la question, nous l'avons fait pour tâcher de jeter enfin un peu de jour sur un point de doctrine plus négligé que jamais dans l'histoire des maladies.

Les anciens, peut-être, se sont étendus avec trop de complaisance sur l'essence des maladies, et cela avec d'autant plus d'inutilité, qu'ils n'avaient pas encore assez de faits par devers eux, dit-on ; mais aujourd'hui que les faits abondent, pourquoi ne chercherait-on pas enfin à les coordonner et à en pénétrer ainsi la nature intime?

THÉRAPEUTIQUE.

§ I. *In therapeiâ maximè claudicamus.* La thérapeutique, c'est un fait avoué par tous les bons esprits, n'est encore rien moins que basée sur des résultats positifs. Il n'est peut-être pas une règle, dans cette partie des sciences médicales, qu'on ne puisse contester; pas un agent dont les revers n'aient été beaucoup plus nombreux que les succès. Si, pendant un certain laps de temps, un médicament paraît opérer des merveilles, bientôt arrive une constitution médicale différente, et le médicament, prôné d'abord comme *héroïque*, reste sans action dans la même maladie, si même il ne contribue pas à en aggraver les symptômes. « Quam plures vitâ tollit remediorum farrago? » s'écrie le célèbre Baglivi, en apostrophant ces médecins vulgaires, « qui aliâ ratione curare mor- » bos nesciunt quam satiendo stomachum sirupis, » conservis, et mille nugivendulis pulveribus. » (*De morb. successionibus.*)

« Regula erat apud Græcos, medicinæ patres, » poursuit le même Baglivi, « præscripto modera- » mine, in sex rebus non naturalibus, medicinam » in morborum curatione ut plurimùn exercere. » Novissimè abjectâ veterum normâ, sirupis aliis- » que saccharatis indultum ire video : doleo sum- » moperè ægrotis, assiduis sed inutilibus reme- » diis fatigatis! » (*Loc. cit.*)

Est-ce réellement ainsi que se conduisaient les anciens dans le traitement des maladies? On serait d'abord porté à en douter après avoir parcouru les ouvrages des médecins grecs; à en juger du moins par la longue série des moyens pharmaceutiques qu'ils conseillent d'employer, on pourrait penser qu'ils avaient aussi peu de confiance que quelques-uns de nous dans les forces médicatrices de la nature.

Il est probable cependant que les nombreuses formules consignées dans leurs écrits formaient pour eux comme une armée de réserve à laquelle ils ne recouraient que très-rarement. Un passage de Galien, relatif au traitement de l'hypochondrie, en fournit la preuve. Il semble dire que si jusque-là on l'a vu traiter cette maladie par des moyens *très-simples*, il saurait trouver au besoin des moyens plus actifs, c'est-à-dire, montrer toutes les ressources de la médecine : « Interim monendi » sont mihi amici, qui me curantem viderunt, » frequentibus balneis, victuque humido, bonique » succi; *nullo* alio adhibito præsidio hujusmodi » me morbum curasse, ubi nondùm ob longum » temporis tractum nocuus humor multùm vacua- » tioni resisteret. Cùm enim diuturnus jam factus » est morbus, fortiora prædictis oportet adhibere » remedia. » (*De loc. affect.*, lib. VI.)

Il est évident qu'ici Galien indique comme exceptionnel le traitement pharmaceutique, et que pour lui les moyens hygiéniques, tels que les bains, le régime adoucissant, etc., formaient la base de sa médication la plus ordinaire. M. Louyer-Villermay a donc eu tort de dire, dans ses recherches sur l'hypochondrie, que « le vice radical de la » méthode curative des anciens est d'avoir *tou-* » *jours* regardé les ressources pharmaceutiques » comme les moyens héroïques, et de n'avoir con- » sidéré le traitement moral et les moyens d'hygiène » que comme un moyen accessoire dont ils ne fai- » saient souvent *aucune* mention. » (*Rech.* 134.)

§ II. Suivant Galien, l'hystérie ne reconnaît que deux causes ou plutôt qu'une seule cause; car, bien que la suppression des règles ne soit pas sans influence, dit-il, il faut donner beaucoup plus d'attention à la rétention de la semence, « ob » retenta menstrua vel potiùs semen cohibitum.» D'où on peut prévoir le mode de traitement qu'il conseille : « Perindè ipsum excerni oportet, præ- » sertim si naturaliter multo semine exuberat » mulier. » (Lib. VI.)

A la fin du même livre, toutefois, ce même Galien conseille, dans les circonstances qu'il regarde comme analogues, d'éviter toutes les causes stimulantes, tels que les spectacles, les conversations licencieuses, les pensées voluptueuses, etc., etc.

Galien, comme on le voit, était dirigé, dans ces deux sortes de médications, par ses idées particulières sur la nature de ces maladies. Dans le premier cas, il indique de recourir, s'il le faut, à des moyens énergiques et capables d'évacuer *l'humeur morbifique;* dans le second, l'émission de la semence lui paraît la principale indication à remplir; il en résulte que, tout en distinguant les différences et les symptômes caractéristiques de l'hypochondrie et de l'hystérie, Galien s'est trompé dans le choix des moyens à employer, parce

qu'il partait d'une théorie erronée sur leur cause prochaine.

§ III. Pour ce qui est du traitement de l'hypochondrie, Aétius est entré dans beaucoup plus de détails que Galien. Il commence par indiquer le traitement spécial de la mélancolie hypochondriaque, quel que soit le point de départ de la maladie; car on sait qu'il admet que les premiers symptômes peuvent venir de la tête. « Sive autem » cerebrum *primariò* affectum fuerit, sive præ» cordia, communia sunt subducentia ventrem » auxilia. »

On a reproché à Aétius d'avoir conseillé aux hypochondriaques les plaisirs de l'amour; on a dit que ce conseil est fort bon quand la continence a *occasionné* l'hypochondrie; qu'il est bon aussi dans presque tous les cas d'hystérie, mais qu'il offre des inconvénients, surtout appliqué à la cure de l'hypochondrie.

Nous ne reviendrons pas sur tout ce que nous avons dit touchant la continence considérée comme cause de ces deux maladies; nous nous contenterons de faire remarquer que ce conseil n'est donné par Aétius que dans un sens hygiénique; c'est ainsi que Celse donne le même avis aux hommes en bonne santé. « Concubitus verò neque nimis con» cupiscendus, neque nimis pertimescendus est : » rarus excitat corpus, fréquens verò solvit, etc. » (Lib. I, cap. I.)

Mais il y a des choses plus importantes à noter dans les conseils donnés par Aétius.

On serait tenté de croire que la thérapeutique n'a pas fait un seul pas depuis les anciens, lorsqu'on voit que *tout* ce qu'on recommande de nos jours se trouve dans leurs ouvrages : préceptes hygiéniques, moyens pharmaceutiques, indications générales, cas particuliers, etc., tout semble avoir été prévu par eux.

Dans son examen de la médecine des anciens relativement à l'hypochondrie, M. Louyer-Villermay dit que, s'il est un reproche que l'on soit en droit de leur faire, c'est d'avoir négligé de remonter à la connaissance des causes premières prédisposantes ou déterminantes, et de n'avoir pas remarqué que, dans bien des cas, en enlevant la cause ils auraient annullé ses effets. (*Recher.* 133.)

Nous allons prouver, en ne citant que les indications données par Aétius dans le traitement de l'hypochondrie, que ce reproche n'est nullement fondé; mais nous devons dire avant tout qu'il s'en faut de beaucoup que ce dernier raisonnement de M. Louyer-Villermay soit applicable à tous les cas; aussi la conséquence qu'il en a tirée n'est-elle pas confirmée par les faits.

Sans doute il est nécessaire de remonter à la connaissance des causes, et de les attaquer dans le traitement d'une maladie; mais, comme les causes ne manquent pas au bout d'un certain temps de se compliquer de leurs effets, et que ces effets, inhérents à l'économie, peuvent entretenir dès-lors à eux seuls la maladie, il en résulte que, bien que l'individu soit entièrement soustrait à l'influence des causes premières, il n'en est pas moins en proie aux mêmes accidents. Ainsi l'ancien axiome invoqué par M. Louyer-Villermay, *ablatâ causa tollitur effectus*, souffre chaque jour des exceptions dans la pratique; il en est de même de cet autre dogme non moins ancien, *contraria contrariis*; qui ne sait que les homæopathistes prétendent avoir obtenu autant de succès en suivant le précepte contraire émis par Hahnemann : *similia similibus curantur?*

Voyons cependant si Aétius négligeait de remonter à la connaissance de ce qu'il regardait et de ce que la plupart des médecins modernes regardent, sans plus de fondement, comme causes de l'hypochondrie; voyons si ses indications ne sont pas aussi précises que celles des praticiens actuels.

M. Louyer-Villermay dit (*Malad. nerv.*, 678), que « l'application de la saignée et des sangsues, » dans le traitement de l'hypochondrie, doit être » déterminée par la cause qui a produit la mala» die, par l'état général des forces vitales et par » les symptômes qui font préjuger l'existence d'un » état de pléthore sanguine. Si l'affection ner» veuse, poursuit-il, est le résultat de la suppres» sion d'une hémorrhagie, on doit chercher à la » rappeler, etc., on a recours à la saignée ou aux » sangsues. Quand l'hypochondrie reconnaît pour » cause une aménorrhée, etc., on en vient à l'ap» plication des sangsues, ou on les remplace par » une saignée du pied ».

Que dit Aétius dans les mêmes circonstances?

« In quibus sanguis redundare apparuerit, sta» tim ab initio vena secetur in cubiculo et *præ» sertim* in quibus consuetæ sanguinis excretiones » sunt suppressæ ».

« Verùm in mulieribus quibus menses defece» runt venam in talo secare oportet.

« Et in singulis pro viribus sanguinem eva» cuare ». (*Serm.* II, cap. X.)

Il y a moins de mots dans Aétius, et voilà tout.

« Les anciens, ajoute M. Louyer-Villermay » (644), n'ont pas assez varié les méthodes cura» tives de l'hypochondrie.... Le grand point est » de suivre un régime régulier, de ne pas s'en » écarter, de ne jamais surcharger son esto» mac, etc. Les purgatifs sont susceptibles d'a» vantages très-réels; mais leur application doit » être réfléchie et bien motivée. On sait qu'ils » sont propres à rappeler un flux hémorrhoïdal » supprimé, quand surtout on les choisit parmi » les aloétiques ». (665.)

« La sensibilité intestinale, dit plus loin cet » auteur, est exaltée chez les hypochondriaques. » On doit choisir alors les purgatifs les plus » doux, etc. »

Le soin du régime occupe d'abord Aétius : » Primùm igitur bonæ concoctionis curam habere

» oportet, posteà vero purgare primum epithimo » et aloë. Meliùs est autem per evacuantia quo- » tidiè *leniter* ventrem subducere. »

Il est inutile d'étendre plus loin les termes de cette comparaison, pour faire voir que les anciens ont varié tout autant que nous les méthodes curatives de l'hypochondrie, c'est-à-dire, pour prouver, car telle est notre opinion, qu'ils n'ont pas mieux connu que la plupart des médecins de nos jours la véritable nature de cette maladie.

Examinée sous le rapport de la question qui nous occupe, la médication proposée par Aétius indique qu'il regardait l'hypochondrie comme une maladie tout autre que l'hystérie, puisque sa médication diffère dans les deux cas, ou du moins puisqu'il veut qu'on la dirige vers des organes différents.

C'est le cerveau et l'estomac dans l'hypochondrie qui lui paraissent affectés, et c'est contre l'estomac qu'il dirige plus spécialement ses moyens. Aussi l'absinthe est-elle pour lui le médicament par excellence : « Absinthii autem decoctum assi- » duè præbe, stomacho enim et ventri in his com- » modum est ; et neque flatum multùm in ventre » fieri permittit, neque secessum penitùs resicari, » et urinam ciet et concoctionem probè adjuvat, » adeo ut ego ex hujus solius usu noverim quos- » dam a morbo liberatos. » (*Loc. cit.*)

Dans le traitement de l'hystérie, Aétius, après avoir recommandé de placer convenablement la malade pendant le temps de l'accès, indique une foule de substances odorantes, afin de stimuler, dit-il, le cerveau, les poumons et surtout l'utérus. « Naribus odorata admoveantur, velut est gal- » banum, etc., hæc enim crassos vapores cere- » bri incidere et attenuare possunt ac frigiditatem » depellere et inspirata thoracem ac pulmonem » expurgant, etc. »

Il recommande les mêmes pratiques pour l'utérus, sans entrer toutefois, comme Arétée, dans des explications absurdes ; que la matrice, par exemple, est un être errant, qui aime les odeurs agréables, s'approche du lieu d'où elles émanent, et s'attriste des sensations que provoquent les corps fétides, s'en éloigne, etc., etc.

Mais ensuite, conformément aux idées de Galien, idées que nous verrons adoptées par quelques médecins de notre époque, il indique cette pratique, qu'Ambroise Paré a décrite si naïvement : « Atque hæc digitis excepta obstetrix us- » que ad uteri os immitet, ac leniter et diù con- » fricabit, ut hinc irritatus crassus humor, qui in » utero hæret, provocetur ac calefactus excerna- » tur. » (*Serm.* IV, cap. LXVIII.)

Les anciens étaient persuadés qu'il fallait mettre fin à l'accès le plus tôt possible : de là cette foule d'excitants qu'on appliquait aux ouvertures naturelles. C'est dans cette seule vue qu'Aétius permet de faire vomir les malades : (« Os ægræ » aperiatur, ac medius digitus ad vomitum pro- » liciendum intromittatur), » et de les appeler à grands cris (« et super hæc omnia mulier magnis » vociferationibus excitetur ac vocetur. »)

§ IV. Paul d'Égine ne fait que copier ses devanciers ; le traitement qu'il propose contre l'hypochondrie est absolument le même que celui d'Aétius, et nous savons que, sous ce rapport, Aétius s'est conformé aux idées de Galien.

Ainsi les moyens les plus doux sont d'abord indiqués comme dans Aétius ; toutefois, et ceci est assez important, nous voyons dans Paul d'Égine quelques traces du traitement moral. L'emploi du régime adoucissant, dit cet auteur, doit coïncider avec des dispositions favorables de l'esprit ; « Unâ cum conveniente animi jucunditate. » Dans la première période, il ne veut pas qu'on ait recours à d'autres moyens. Mais si la maladie persiste, il recommande d'en venir aux ressources pharmaceutiques et de les *varier*, bien que M. Louyer-Villermay prétende que les anciens n'aient pas varié leurs méthodes curatives de l'hypochondrie. Malheureusement pour les malades, ils ont partagé ce tort avec les modernes.

Si la maladie dure depuis peu de temps, dit Paul d'Égine, on doit se borner au traitement le plus simple. « Sed si contrà habet fortiores et » magis *variegatas* medelas adhibere oportet. » (Lib. III.)

Ajoutons que Paul d'Égine a prévu, comme nos contemporains, les suppressions d'hémorrhagies naturelles, accidentelles, etc. « Sed et hæ- » morrhoïdum ora aperiamus et menses prolicie- » mus, si ob horum suppressionem affectio fuit » oborta. »

Pendant les accès d'hystérie, cet auteur veut aussi qu'on se conduise absolument comme dans toute perte de connaissance, c'est-à-dire, qu'on cherche à faire revenir le malade le plus promptement possible à la raison : « Velut eas qui in » animi deliquium inciderunt revocare. » (Lib. III, cap. LXXI.)

En résumé, nous pouvons dire que les anciens comme les modernes devaient rencontrer le même écueil, c'est-à-dire, qu'ils devaient, dans l'hypochondrie plutôt que dans tout autre maladie, prodiguer les remèdes et les drogues. Les hypochondriaques, et c'est un des principaux caractères de leur maladie, veulent être médicamentés ; tout médecin qui n'entre pas dans leurs idées perd leur confiance ; il en résulte que tout médecin qui traite un hypochondriaque doit être porté non-seulement à le droguer, mais *varier* chaque jour ses méthodes curatives.

Ces malades veulent des drogues, dit Georget ; formulez, variez les prescriptions. Qu'on n'aille pas croire cependant que ce conseil soit sérieux. Georget avait trop de justesse dans l'esprit pour faire un crime aux anciens de n'avoir pas assez varié leurs drogues, et pour étaler une polypharmacie cent fois plus nuisible qu'utile aux malades.

« Variez les prescriptions, dit-il, c'est-à-dire, donnez, sous toutes les formes, l'eau et les médicaments peu actifs, ou mieux des substances » *inertes.* »

Nous examinerons plus tard ce que nous devrons conclure de cette manière de considérer le traitement de l'hypochondrie, et ce qu'elle indique sous le rapport de la nature essentielle de cette maladie.

Nous n'avons point parlé des médications conseillées par Hippocrate, et de ce qu'on doit inférer du passage de Dioclès. Voici pourquoi : la maladie décrite par le père de la médecine sous le nom d'ακαντη, *morbus ressicatorius*, n'est ni une mélancolie, ni une monomanie hypochondriaque; c'est plutôt une gastralgie ou une de ces maladies désignées par Frank sous le nom de *pneumatoses*, et que Combalusier a décrites dans sa *Pneumatologie*. Le traitement qu'il indique est vague, et il ne fait rien préjuger sur la nature de cette maladie.

L'hystérie a été mieux distingée, dit-on, par Hippocrate; mais il faut supposer avec Érotien que les trois livres, *De morbis muliebribus*, *De sterilibus*, etc., sont bien du père de la médecine; le précepte qu'Hippocrate y donne aux médecins de conseiller le mariage aux filles hysteriques doit être examiné; nous y reviendrons, puisque, sous ce rapport, l'autorité d'Hippocrate a été invoquée jusque dans ces derniers temps.

Quant à la maladie décrite par Dioclès, elle n'offre pas, comme l'a remarqué Galien, les véritables caractères de l'hypochondrie, il eût été inutile d'en parler ici.

§ V. Il est à regretter que les descriptions de nos deux maladies ne nous aient été transmises que par les médecins de l'école de Galien, et non par ceux de l'école de Démocrite. L'école de Galien, suivant la remarque de Baglivi, a cherché la première, et trop tôt assurément, à rendre raison de tous les phénomènes au lieu de les observer, et à rechercher les causes *prochaines* des maladies, au lieu d'étudier les indications pratiques.

Il résulte de là que la majeure partie de leurs écrits roule sur des raisonnements hypothétiques, et que la thérapeutique empruntée aux empiriques, du moins celle qui consiste dans l'emploi des médicaments, se ressent de la division qui commençait à s'introduire en médecine, division dont on ne trouve aucune trace jusqu'au temps de Galien, mais qui fut commencée par lui, et achevée par les Arabes.

C'est chez les Arabes que le luxe des préparations pharmaceutiques a été porté au plus haut degré; non contents de copier les Grecs, galénistes sous ce rapport comme sous les autres, ils ont encore été au-delà en fait de polypharmacie; le voisinage des Indes leur procurait abondamment toutes sortes de médicaments actifs, et ils les combinaient dans leurs prescriptions avec une variété et une bizarrerie singulières. Jamais, dit Astruc, on ne vit tant d'électuaires, de loochs, de pilules, de siefs, de trochisques, de tryphera, de philonium, d'hiéra, de robs, etc., etc.

Jusqu'à la renaissance des lettres, le même esprit régna dans nos écoles. Comment, d'ailleurs, aurait-on pu se soustraire à cette tendance générale, puisque Avicenne, au rapport de Cornarius, était regardé comme le *prince* des médecins, qu'on ne lisait guère que ses ouvrages et le neuvième livre de Rhazès à Almanzor.

Une circonstance assez remarquable dans l'histoire du traitement de l'hystérie, puisqu'elle a occupé Mercatus et Sennert, c'est la dissidence qu'on trouve entre Hippocrate, ou du moins l'auteur du livre *De natur. mul.*, et Avicenne, sur l'emploi du vin. Hippocrate conseillait l'usage du vin dans le paroxysme; Avicenne trouvait l'eau plus convenable : « Aqua est eis convenientor. »

Mercatus, le premier, a cherché à concilier ces deux autorités : suivant lui, Hippocrate ne pouvait conseiller le vin que dans les faiblesses hystériques, et Avicenne ne pouvait le proscrire que dans les accès provoqués par une pléthore sanguine ou spermatique.

Sennert a voulu les concilier d'une autre manière. Il prétend qu'Hippocrate n'ordonnait le vin que pendant le temps des paroxysmes, et que l'eau était conseillée par Avicenne pendant l'intervalle des attaques. Mais en voici assez sur ce sujet. Examinons les opinions émises par des auteurs d'une date plus récente.

§ VI. Montanus, dans ses consultations médicales, a jeté de temps à autre, et en peu de mots, les véritables bases du traitement moral de l'hypochondrie, c'est-à-dire du traitement rationnel, puisqu'il est en rapport avec la nature essentielle de cette maladie. On croirait lire parfois les belles indications hygiéniques de Celse : « Ægrotus hypochondriacus, ait? Montanus, eligat habitationem optimi aëris et jucundam, venationibus » corpus exerceat atque in aliis honestis voluptatibus occupetur, cum jucundis amicis versando, » ludendo et confabulando, de nullâ que aliâ re » *minùs* quam de suâ ægritudine sit sollicitus, » tantùm se custodiat et muniat, in reliquis *morbum contemnat.* » Qu'il MÉPRISE sa maladie et sa maladie disparaîtra. Rien de plus vrai, de plus efficace et de plus propre à nous faire pénétrer la nature intime de l'hypochondrie; c'est la clef de son traitement. Il est bien vrai qu'il serait absurde de dire à un malheureux hypochondriaque : Méprisez votre maladie; mais le grand art est de savoir lui inspirer insensiblement ce mépris, de le placer dans des conditions telles qu'il la méprise, enfin d'arracher en quelque sorte ses idées des viscères en souffrance, en imprimant une autre direction à ses pensées. Lorsque vous serez arrivé à ce point, ses maux, si réellement il en avait, rentreront dans la classe des maladies ordinaires, et leur guérison ne se fera pas attendre, si toute-

fois le malade n'est déjà arrivé à la troisième période.

Montanus ne pense pas que les hypochondriaques doivent se priver des plaisirs de l'amour, il partage en cela les idées d'Aétius, et se trouve en opposition avec M. Louyer-Villermay, qui veut qu'on satisfasse le *vœu* de la nature chez toutes les filles hystériques, c'est-à-dire qu'on surexcite encore les organes de la génération, tandis qu'il interdit aux hypochondriaques tout commerce avec les femmes.

Les opinions de Montanus sont beaucoup plus philosophiques : « A venere non omninò vellem » ut abstineret, imò (quemadmodum ego opinor) » moderata venus illi *non mediocriter* conferet. » (*Consult.* LXXVI, *De affectu hypochondriaco.*)

Tout en adoptant certaines idées de Galien, encore très en vogue alors dans les écoles, Montanus prouve, par ces seuls conseils, qu'il entrevoyait la nature essentielle de l'hypochondrie. Il semble reconnaître en effet que les symptômes primitifs résultent uniquement d'une disposition morale particulière, et que cette disposition suffit à elle seule pour entretenir toutes les autres affections. C'est dans ce sens qu'il dit, en parlant d'un noble vénitien atteint de cette maladie : « Tristatur iste » nobilissimus vir sinè causâ, timet non timenda, » et non lætatur, hoc est *primum* symptoma quo » maxime affici consuevit, etc. » (*Consult.* LXXII.)

Les préceptes thérapeutiques que Montanus donne dans les cas d'hystérie, sont fondés sur les causes qui, selon lui, amènent cette maladie ; ces causes, dit-il, sont au nombre de trois ; et c'était à peu près l'opinion de tous les médecins de son temps. « Scitis suffocationem matricis provenire » a tribus : primò provenit ex pluribus humoribus » collectis in matrice, qui putrefiunt, etc. ; se- » cundo, provenit ex plethorâ, tertio, provenit, » ut hoc sæpè vidi, ex ipso animi affectu. »

Montanus met ici sur la même ligne des causes immédiates et prochaines et des causes occasionnelles, telles que des émotions morales.

Il divise néanmoins son traitement, comme on avait coutume de le faire avant lui, en traitement des accès et traitement de la maladie. A l'exemple de presque tous les médecins anciens, il a pour but, dans l'accès, de rappeler la malade à la raison par tous les moyens excitants connus. Ces moyens doivent être employés alors suivant lui, *pro diversione;* il indique les frictions, les scarifications, etc. Pendant l'intervalle des attaques, les moyens, dit-il, sont employés *pro conservatione* (*de præfocatione matricis, Cons.* LXXXIX).

C'est en effet le but qu'on doit se proposer dans ces deux circonstances.

§ VII. Le traitement proposé par Sennert contre l'hypochondrie, est presque uniquement fondé sur la nature des causes prochaines qu'il avait admises. Suivant cet auteur, toutes les lésions cérébrales, dans cette maladie, étant déterminées par une vapeur maligne qui s'élève d'une congestion humorale formée dans la région des hypochondres, il importe d'évacuer ces humeurs, c'est la première indication.

« Cùm, caussa, è quâ symptomata et mala » anteà commemorata, in hac affectione ortum » habent, si colluvies illa humorum vitiosorum » in hypochondriorum locis suprà explicatis, hæ- » rens, facilè hinc patet primariam indicationem » esse ut illi humores evacuentur, et vapores » qui ab iis elevantur, et variorum symptomatum » caussa sunt, discutiantur. » (*De hyp. affect.*, cap. XI.)

Pour rendre ensuite raison du régime adoucissant et humectant conseillé par Galien, au début des affections hypochondriaques, Sennert prétend que le système vasculaire des voies digestives est échauffé et comme desséché, qu'il est dans une disposition inflammatoire, ce qu'on nommerait aujourd'hui dans une irritation non élevée au degré de l'inflammation.

« Verùm cum humores, mali hujus præcipua » causa, calidi sint, et vasa illa quibus continen- » tur, sint calidiora et sicciora quam par est, et » inflammationem quasi dispositionem habeant, » refrigerantibus et humectantibus, illam intem- » periem corrigendis opus est ».

Mais ici se trouve, ajoute Sennert, une difficulté singulière dans le traitement de l'hypochondrie ; l'estomac, dit-il, est irrité, prédisposé à l'inflammation, et en même temps faible et débile, d'où deux indications opposées, la disposition inflammatoire réclame des débilitants, tandis que la faiblesse demande des stimulants.

« Verùm hæc omnia expedire difficillimum est; » et enim cum indicationes dentur contrariæ, et » quidem ventriculus plerumque debilis calida » requirat, contra inflammatoria vasorum dispo- » sitio refrigerentia requirat ».

Sennert signale précisément ici l'écueil sur lequel sont venues échouer certaines doctrines exclusives dans le traitement de cette maladie : ceux qui n'ont vu que faiblesse dans l'estomac, ont prodigué les toniques sous toutes les formes possibles, et ils ont ainsi amené des inflammations chroniques et des altérations de tissu incurables; ceux qui n'ont vu qu'irritation ont soumis les hypochondriaques à une diète tellement longue et rigoureuse, qu'ils ont fini parfois par les faire devenir fous.

Dans les premiers temps de l'hypochondrie, il n'y a ni irritation ni faiblesse réelles, mais il y a presque toujours perturbation des fonctions de l'estomac, c'est ce qu'indiquent les diverses thèses thérapeutiques soutenues par les auteurs ; il en résulte, comme nous venons de le dire, que si on attaque sérieusement cette prétendue faiblesse ou cette prétendue irritation, on finit presque toujours par déterminer des lésions extrêmement graves.

Sennert a développé un point de doctrine assez curieux, relativement aux émissions sanguines.

Il pense, comme beaucoup de ses devanciers, que s'il y a une portion de sang altérée, c'est celle qui circule dans la veine-porte, et dès-lors il n'admet pas les émissions qui ne portent que sur la circulation générale.

Or, suivant Fabrice d'Aquapendente, il n'y a qu'une branche de la veine-porte qui s'approche des téguments; c'est la veine hémorrhoïdale interne ou la veine de la rate, disait Fabrice, c'est-à-dire la petite mésaraïque qui rapporte le sang au rectum et qui s'unit en effet à angle droit avec la veine splénique. Voilà donc une issue pour le mauvais sang de la veine-porte; mais il faut que la nature, ajoute Sennert, ouvre elle-même cette issue en établissant des hémorrhoïdes internes, car si on ouvre artificiellement ces plexus veineux, il arrive, dit Riolan, que le sang précieux de la veine-cave s'écoule, tandis que celui de la veine-porte reste dans l'économie.

Nous n'avons cité ce passage que pour faire voir combien on peut bâtir de suppositions sur une première hypothèse.

Quant aux purgatifs, Sennert prescrit, comme Aétius, de légers minoratifs, et rejette formellement les drastriques.

« Primo omnino lenioribus medicamentis utendum, a purgantibus vero fortioribus abstinendum. » (*Loc. cit.*)

Or, nous regarderons toujours la recommandation de n'employer que des médicaments peu énergiques dans l'hypochondrie, comme un progrès marqué vers les saines doctrines.

La diète est d'autant plus recommandée par Sennert, qu'il attribue le développement de toute affection hypochondriaque à des erreurs de régime.

Relativement aux préceptes hygiéniques, il préconise ce qui est connu de tout le monde : « Aër purus et temperatus, cibi boni succi, facilis coctionis, etc. ; » c'est-à-dire, ce qui doit être ordonné dans toutes les maladies, et conséquemment ce qui ne distingue en rien l'hypochondrie de telle ou telle autre affection.

Remarquons ici que si nous voulions prendre à tâche de rapporter toutes les médications indiquées par les auteurs dans le traitement de l'hystérie, nous serions obligés de rapporter presque invariablement les mêmes choses.

Sennert, comme ceux qui l'ont précédé, et comme la plupart de ceux qui le suivront, divise son traitement en médication des attaques, et médication pendant l'intervalle des attaques.

La première n'a d'autre but que de dissiper les vapeurs qui s'élèvent de l'utérus vers la poitrine; la seconde, de détruire la source de ces vapeurs. « Dissipare malignum vaporem ex utero ascendentem; humorem et mineram, e qua vapor attollitur auferre. » (*De suffocationis uteri*, cap. IV.)

Dans le traitement de l'hystérie comme dans le traitement de l'hypochondrie, Sennert parle de vapeurs à dissiper, et d'humeurs à évacuer; il ne faudrait pas en conclure que, sous ce rapport, il y ait de l'analogie entre ces deux maladies; ces théories explicatives se ressemblent, il est vrai, mais c'étaient des hypothèses générales et commodes, mises en usage par les galénistes pour expliquer toutes les maladies. Dans tous les cas, il fallait un foyer humoral pour point de départ, et des vapeurs errantes pour rendre raison des phénomènes généraux. Ainsi dans l'hypochondrie, où il y a souvent coexistence de symptômes cérébraux et de symptômes gastriques, on plaçait arbitrairement le foyer humoral dans la rate, ou dans le foie, ou dans la veine-porte, etc., et les phénomènes sensoriaux se trouvaient expliqués par les vapeurs parties du foyer. C'était uniquement la simultanéité des symptômes qui faisait admettre cette théorie.

Dans l'hystérie, les galénistes se croyaient d'autant plus fondés à admettre cette même théorie, que les malades accusent une sensation étrange qui s'élève de la région hypochondriaque vers la gorge. Si à cela nous ajoutons les dérangements menstruels et leurs idées sur la liqueur spermatique, nous conviendrons qu'il leur était bien difficile de se défendre d'adopter des hypothèses pour eux si vraisemblables.

Sennert est le premier qui commence à mettre en doute l'efficacité de la titillation du col de l'utérus, ou plutôt du clitoris, indiquée par Galien et recommandée par Avicenne; mais il paraît émettre ce doute plutôt par principe de morale que par conviction, car il admet aussi la rétention des règles et de la semence; il ajoute que cette pratique ne lui semble pas devoir être conseillée par un médecin *chrétien*. « Frictio ista a christiano medico suadenda non videtur. »

Du reste, mêmes préceptes que ceux des anciens; odeurs fétides pour les narines et la bouche, odeurs suaves pour les parties de la génération; antispasmodiques préconisés par les Arabes, musc, castoreum, assa-fœtida, etc., etc.

Dans l'intervalle des attaques, il faut chercher à enlever la cause immédiate des désordres; c'est le sang, la semence, ou toute autre humeur corrompue : « Danda opera ut semen, sanguis vel humor corruptus evacuatur. »

Pour la semence, il recommande les purgatifs doux et les médicaments : « Quæ seminis copiosam generationem prohibent. » Mais cette liqueur est déjà amassée, il faut l'évacuer à l'aide de clystères utérins ou de pessaires. Il est bien singulier (pour le dire en passant) que les médecins qui admettent encore aujourd'hui des pléthores spermatiques primitives et consécutives, n'aient pas songé à ces divers moyens.

L'écoulement des menstrues doit être régularisé, et quant aux humeurs corrompues, Sennert indique une foule de remèdes, de potions, des eaux hystériques, *aquæ hystericæ*, etc. (*Loco citato.*)

§ VIII. Thomas Willis a le mérite incontestable d'avoir singulièrement éclairci, en général, la pathologie du système nerveux, et d'avoir émis des idées nouvelles sur le traitement de l'hystérie en particulier.

Nous allons d'abord examiner, pour suivre l'ordre des temps, celles qu'il a consignées dans son traité des maladies convulsives, puis nous dirons quelques mots sur sa réponse à Nathanaël Hygmore.

On pourrait d'abord trouver étrange que Willis répugne à faire jouer à la matrice, dans l'hystérie, le même rôle qu'il fait jouer à la rate dans l'hypochondrie, si on ne se rappelait qu'il a voulu prouver que l'hystérie attaque aussi quelquefois les hommes. Sa théorie de l'hypochondrie est presque la même que celle des autres auteurs pour l'hystérie. Le point de départ de l'hypochondrie est dans la rate; le cerveau et le système nerveux sont influencés secondairement : « Et » propter noxam τῳ ελκεφαγῳ impressam, hypo» chondriaci variis phantasmatis, et cogitationum » mole, fluctuationibus que tentari solent. » Mais revenons au traitement.

Sa thérapeutique, il faut le dire, est encore plus vicieuse en quelque sorte que celles des auteurs examinés jusqu'ici, et cela parce que, loin de s'en tenir aux lésions de la sensibilité qu'il avait si bien décrites, il établit sa méthode de traitement dans le but, 1° d'éloigner ce qu'il nomme les *obstacles* au traitement; 2° de détruire les prétendues obstructions de la rate; 3° de rendre à la masse du sang sa crase naturelle; 4° enfin de réprimer les désordres des phénomènes nerveux. Pour remplir ces diverses indications, il prescrit, avec la plus grande confiance, les purgatifs, l'émétique, les liniments, les fomentations, les électuaires, les apozèmes, les poudres, les teintures, les infusions, les eaux acidulées, etc., etc., etc. Enfin, il termine par une longue dissertation sur les préparations chalybées. (*De morbis convulsivis*, cap. XI.)

Le chapitre consacré à l'hystérie dans l'ouvrage de Willis nous offre beaucoup plus d'intérêt, et donnera lieu à quelques observations plus importantes sous le rapport de notre question, bien que Willis ne veuille pas accorder à la matrice la part qu'elle doit avoir dans la production des phénomènes de l'hystérie.

Quelques-unes de ses remarques sont justes, comme nous allons le voir; mais elles ne prouvent pas cependant que l'hystérie ait un autre point de départ.

Willis commence par l'examen des causes de quelques symptômes hystériques; il cherche à prouver que les accidents ne dépendent, ni des mouvements de la matrice, ni des vapeurs qui s'élèvent de cet organe. La première opinion, dit-il avec raison, bien que fort ancienne, est la moins vraisemblable, et il se fonde pour la rejeter sur deux raisons remarquables; autant l'une est plausible et péremptoire, autant l'autre est faible et inutile. La première, c'est que l'utérus, par ses dispositions anatomiques, est tellement fixé aux parties voisines, qu'il ne peut quitter le lieu qu'il occupe pour monter dans l'abdomen. La seconde, c'est que cet organe est d'un si petit volume chez les vierges et chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, que, même en supposant qu'il puisse changer de place, il ne ferait éprouver aucune sensation.

Quant aux vapeurs qu'on supposait partir de l'utérus, Willis regarde cette opinion comme vulgaire, vaine et futile, et il prétend l'avoir déjà réfutée plusieurs fois. (*De morbis convulsivis*, cap. X.)

Indépendamment des objections que Willis avait à combattre relativement au développement et à la succession des symptômes, il en est d'autres fort singulières, qu'il ne devait pas même chercher à réfuter, mais qu'il accepte cependant avec une bonne foi surprenante.

On sait aujourd'hui à quoi s'en tenir sur les preuves fournies par les succès de tel ou tel genre de médication; on les regarde à peu près comme nulles, parce que, grâce aux forces de la bonne nature, on peut guérir, comme le disait Chaussier, *sans* médicaments, *avec* des médicaments, et *malgré* les médicaments; mais enfin Willis, fort de ses explications, ne récuse pas les objections suivantes : La maladie est hystérique, lui disait-on, puisque des médicaments appliqués sur l'abdomen soulagent fréquemment les malades. A cela Willis répondait que ces applications pouvaient n'être pas moins utiles, bien que le point de départ des symptômes fût dans le cerveau; et en outre il prétendait avoir prouvé que, par l'effet de l'impulsion encéphalique, la diathèse spasmodique descendait tout à coup dans tout le système nerveux, et qu'alors les mouvements convulsifs se propageaient des extrémités vers le centre, c'est-à-dire, remontaient vers leur origine; l'hypogastre peut donc se prendre, puis la région précordiale, puis enfin le cerveau. Si donc, ajoutait-il, au moyen d'emplâtres appliqués sur l'ombilic, on préserve ces parties de l'irruption cérébrale, tous les organes resteront dans l'état normal.

Willis pousse la complaisance jusqu'à accepter l'efficacité des substances fortement odorantes qu'on avait coutume de placer près des ouvertures naturelles; et à l'aide de nouvelles explications il tâche encore de faire regarder leurs bons effets comme confirmatifs de son hypothèse. (Loc. cit.)

Dans cette partie thérapeutique de l'histoire de l'hystérie, Willis fait un aveu précieux; nous

n'aurions pas pu en quelque sorte lui demander davantage. Il avoue formellement, et de la manière la plus claire, que l'état de l'utérus entre comme partie constituante dans la cause prochaine ou morbifique des accidents hystériques. Voilà ce que Georget, qui s'est si souvent appuyé de l'autorité de Willis, n'a eu garde de citer. Les paroles de Willis sont cependant bien précises : « Attamen » cùm affectiones hæ (scilicet *hystericæ* vulgo » dictæ), sexui femineo sæpissime contingunt, in » quo nempe fluxus menstrui, aliaque uteri ac- » cidentia, *plerùmque* in causæ morbificæ partem » asciscuntur, idcirco medicamenta varias uteri » dispositiones respicientia superaddi debent.»

Ainsi Willis reconnaît d'abord que les accidents généraux et graves consistent dans des symptômes convulsifs, et nous sommes de son avis ; il ne va donc pas aussi loin que Georget, qui voit l'hystérie tout entière dans les phénomènes convulsifs. Willis dit seulement : « Plurima hujus morbi » symptomata sunt convulsiva », et il part de là pour prescrire des antispasmodiques : « Indè constat » remedia antispasmodica potissimum indicari. » Mais il fait jouer un rôle à la matrice dans la production de ces phénomènes ; il fait entrer ses divers états morbides dans la cause prochaine, et cela nous suffit. Willis était trop grand médecin pour ignorer que les convulsions les plus fortes, les plus violentes, sont presque toujours produites sympathiquement, tandis que les symptômes qu'on pourrait appeler d'*oppression nerveuse*, la résolution des membres, les affections carotiques, etc., etc., sont plutôt déterminées par des lésions idiopathiques. Aussi dans sa méthode curative prend-il en considération l'état de l'utérus, afin de diriger une partie de ses moyens thérapeutiques vers cet organe.

Willis divise ensuite les indications thérapeutiques ; il indique le traitement des accès et celui qu'on doit mettre en usage dans l'intervalle des accès ; mais, à en juger par les dénominations qu'il donne à ces deux sortes de traitement, on serait fondé à croire que, suivant lui, la maladie n'existe que pendant le temps des attaques, et que dans l'intervalle elle cesse complétement. Les indications thérapeutiques à remplir dans le temps des paroxysmes sont *curatives*, les autres sont *préservatives*. Cependant, lorsqu'on entre dans un examen plus approfondi des diverses médications proposées par cet auteur, on reconnaît que pendant l'accès il n'a d'autre but que de calmer les accidents, tandis que dans l'intervalle des attaques il cherche à attaquer les causes organiques, et conséquemment permanentes de la maladie.

On ne saurait trop approuver le premier précepte qu'il donne sur la conduite à tenir dans les attaques peu violentes d'hystérie, dans celles qu'il reconnaît exemptes de perturbation nerveuse générale, c'est-à-dire qui ne consistent que dans le développement de quelques spasmes des viscères abdominaux ; il veut alors qu'on abandonne la maladie à elle-même. « Si paroxysmus levior esse » solet, absque *ulteriori* spiritûm perturbatione, » sua sponte pertransire permittatur. »

On sait que, selon Willis, les attaques convulsives ne sont déterminées que par la perturbation et l'altération des esprits animaux ou de l'influx nerveux; mais ce qu'il importe de remarquer, c'est que cet auteur regarde ces accidents comme consécutifs, « *ulteriori* perturbatione. »

Circonstance que Georget a toujours tâché d'affaiblir.

Willis fait sentir l'absurdité de certains moyens employés pour rappeler l'utérus à sa place ; cependant il s'occupe de cet organe, mais d'une manière plus rationnelle. Sa troisième indication thérapeutique a pour but de remédier aux désordres fonctionnels de l'utérus dans la passion dite hystérique.

« Quæ uteri *inordinationes* inhibens, passionis » dictæ hystericæ sanationem provocet.

L'utérus, dit-il, peut bien éprouver des chutes, cela arrive souvent, mais il est très-rare que cet accident provoque des phénomènes hystériques ; il en est de même, selon lui, de l'augmentation du corps de cet organe par le développement de divers produits dans sa cavité, etc., tant est vrai ce que nous avons dit ailleurs, que les accidents généraux de l'hystérie ne tiennent pas à une lésion organique quelconque de l'utérus, mais bien à une excitation spéciale, et dont le siége est dans le système utérin.

Les suppressions de certaines excrétions naturelles ou morbides, telle que les menstrues, les flueurs blanches et la liqueur spermatique, paraissent à Willis rentrer dans les causes de l'hystérie; et, ce qu'il y a de singulier, c'est qu'il s'exprime sur les effets de ces suppressions absolument comme les auteurs qui n'ont pas voulu reconnaître à l'hystérie d'autre point de départ que la matrice.

Des particules hétérogènes, dit-il, produites par le sang des règles ainsi retenu, se répandent vers la tête, déterminent des mouvements spasmodiques ; il en est de même pour les fleurs blanches qui cessent de couler, les particules excrémentielles résorbées par la circulation vont influencer le système nerveux, etc. : « Propter menstrua retenta » particulæ heterogenæ non raro in caput suffusæ, » pathemata spasmodica inducunt; pariter cum fluor » albus sistitur materia excrementitia a sanguine » resorpta cerebro et nervoso generi traditur. »

Abstraction faite des expressions qui changent avec le temps, et selon le caprice des auteurs, n'est-ce pas toujours à peu près les mêmes idées? Une vapeur, un esprit, une matière subtile, un fluide particulier, une émanation, une érection vitale, une irritation qui s'élance, un corps impondérable, un stimulus, un mouvement sympathique, etc., etc., tous ces mots n'ont servi qu'à

exprimer les mêmes pensées. Des stimulants divers, moraux ou physiques, ont excité le système utérin, une excitation nerveuse s'y est établie, sans la participation du système vasculaire, et elle détermine sympatiquement des phénomènes généraux dans l'économie : voilà ce que nous avons vu et ce que nous verrons encore dans les divers systèmes explicatifs de la plupart des auteurs.

Dans sa réponse à Hygmore, Willis a cherché à confirmer par de nouvelles observations les points de doctrine qu'il avait établis dans son traité des maladies convulsives ; il prouve que presque toujours chez les femmes hystériques les palpitations, la dyspnée, l'anxiété précordiale, etc., sont des effets purement nerveux, et il rappelle à cette occasion des expériences qu'il avait faites sur des animaux vivants, expériences qu'on a répétées de nos jours, et que quelques personnes ont regardé comme *nouvelles ;* nous voulons parler de la ligature des nerfs pneumo-gastriques. Willis avait remarqué que les symptômes que nous venons d'indiquer se déclarent immédiatement après qu'on a pratiqué cette ligature : « Si in vivo quopiam » animali nervorum paris vagi ac intercostalis, ad » præcordia pertinentium, truncos ligaveris, statim » prædicti affectus cum dyspnæa et suffocationis, sensu, etc., orientur. » (*Pathologia spasmodica vindicata, etc.*)

Hygmore avait avancé, dans son ouvrage, que les émissions sanguines étaient favorables dans les paroxysmes de l'hystérie, et il se fondait sur cette circonstance pour attribuer à une irruption ou à une congestion sanguine les accidents de cette maladie.

Willis a réfuté cette assertion de la manière la plus victorieuse ; loin d'accepter pour les émissions sanguines les conséquences de leur prétendue efficacité, sauf à leur donner une autre explication, comme il l'avait fait dans son premier ouvrage, pour d'autres moyens également préconisés, il en appela cette fois à l'expérience, avant de raisonner, et les succès de la saignée prônés, dit-il, avec tant de confiance par Hygmore, tombèrent complétement. C'est à cette occasion que Willis, nourri de la lecture des anciens, rappelle cet axiome profond de la médecine antique, savoir, que pendant un paroxysme hystérique il ne faut pas moins se garder de troubler intempestivement l'organisme par des émissions sanguines, que dans l'imminence d'une crise fébrile ; la nature médicatrice, dit-il, est alors aux prises avec son ennemi, et elle sortira d'autant mieux et d'autant plus vite de ce combat, que vous vous abstiendrez de troubler ses efforts !

« Urgente paroxysmo, haud minus quam instante febris crisi, sanguinis missio raro indicatui : quippe natura cum hoste suo acriter decertans quo minus perturbatur et citius et melius se experdire solet. » (*Loc. cit.*)

Pensée admirable et féconde, qui confirme pleinement ce que nous avons avancé sur l'espèce d'insurrection organique qui semble s'élever dans une attaque hystérique.

Willis prouve ensuite que les émissions sanguines ne sont guère moins dangereuses dans l'intervalle des attaques. Suivant Hygmore, il devait y avoir toujours excès de sang chez les femmes attaquées de cette maladie, puisque c'était ainsi qu'il en expliquait les symptômes. Dans son premier traité, Willis avait dit avec raison que les femmes placées dans des conditions contraires, sont plutôt exposées aux accidents nerveux : « Novi » puellas ob χλωρωσιν quasi exsangues, quæ tamen » passionibus dictis hystericis erant graviter ob» noxiæ. » (*De Morb. convuls.*, cap. x.)

Dans sa réponse à Hygmore, il cite les mauvais effets des émissions sanguines dans le traitement de cette maladie. Quelques femmes bien constituées avaient éprouvé quelques accidents hystériques assez légers et à de longs intervalles ; elles furent atteintes d'abondantes hémorrhagies spontanées, ou largement saignées, aussitôt les attaques se rapprochèrent et devinrent beaucoup plus intenses.

« Plures ego novi invaletudinarias, quæ cum » affectibus hystericis primo tantum levius et ra» rius obnoxiæ fuerint, post copiosas aut phle» botomias aut hæmorrhagias spontaneas, statim » istius morbi paroxysmis gravioribus, et cre» brioribus infestari cæperunt». (*Patholog. spasm.*)

Nous aurons encore l'occasion de revenir sur cette remarque, lorsque nous parlerons de la nouvelle doctrine, qui préconise encore les émissions sanguines dans le traitement de nos deux maladies.

§ IX. Le traitement proposé par Sydenham se ressent de l'incohérence de ses idées sur la nature essentielle de l'affection hystérique, ou plutôt de son affection hypochondriaco-hystérique.

Sa première indication thérapeutique, et c'est la principale suivant lui, est fondée sur une idée purement arbitraire, c'est-à-dire sur la nécessité de fortifier le sang.

Il regarde cette indication comme la conséquence naturelle de tout ce qu'il a dit concernant les causes, les symptômes et la nature de cette maladie.

Il faut fortifier le sang, dit-il, afin que les esprits étant fortifiés eux-mêmes, par ce moyen, soient en état de garder l'ordre qui convient à l'économie. Nous ne nous arrêterons pas à réfuter toutes ces suppositions.

Nous avons vu jusqu'à présent la plupart des auteurs, quelles que fussent leurs idées systématiques, commencer avec une certaine réserve le traitement de ces affections, et suivre en cela le précepte de Galien, qui se contentait de prévenir *ses amis* qu'il saurait au besoin trouver des moyens plus énergiques (*De locis affect.*). Sydenham, au contraire, nous dit qu'il débute par une saignée du

bras, et trois ou quatre jours de purgation ; cependant, ajoute-t-il, comme je n'ignore pas que les malades ne s'en trouvent que plus mal, j'ai soin de les prévenir de cette circonstance (95). Ce n'est qu'après cette sorte de préparation qu'il se mettait à fortifier le sang par le moyen des ferrugineux. Il employait en même temps chez les femmes les remèdes dits anti-hystériques ; il y avait en effet de son temps, des eaux, des sirops, des pilules, connus sous ce nom ; mais il avoue ingénuement (107) qu'il n'est pas rare de voir des femmes d'un tempérament *si singulier*, que les remèdes anti-hystériques, d'ailleurs si utiles, leur nuisent beaucoup au lieu de les soulager.

Sydenham, cependant, ne tenait pas autant qu'on pourrait le croire à ses remèdes fortifiants, et, fort heureusement pour les malades, il ne s'obstinait pas dans leur administration. Si les remèdes que j'ai proposés ne conviennent pas, dit-il, on *peut* recourir à la diète lactée. Tout en regardant la chose comme *surprenante*, il se trouve forcé de dire (115) qu'il a vu des femmes dont le mal avait résisté aux remèdes les plus *appropriés*, et qui avaient recouvré la santé en ne vivant que de lait pour toute nourriture.

Comme des faits de cette nature paraissaient en opposition avec son système, Sydenham a recours à une explication pour prouver que le lait fortifie aussi bien le sang que les préparations martiales ; il y a plus, comme il va citer un exemple remarquable de guérison amenée uniquement par l'exercice du cheval, il tâche de prouver en même temps que cet exercice journalier est le meilleur moyen qu'il connaisse pour fortifier le sang.

Nous ne chercherons pas, avec Sydenham, comment le mouvement du cheval débarrasse le sang des humeurs excrémentitielles, comment il donne du ressort aux fibres, dissipe les obstructions, etc., etc.; l'observation qu'il rapporte mérite seule de fixer notre attention.

Il s'agit d'un prélat hypochondriaque, épuisé par la maladie *et par les remèdes,* dit Sydenham (il avait fait usage de préparations martiales), il était tourmenté par un dévoiement colliquatif, avant-coureur ordinaire de la mort dans la phthisie et dans les affections chroniques.

Sydenham lui conseilla de monter à cheval et de persister dans cet exercice jusqu'à ce que sa santé fût entièrement rétablie ; en même temps il lui dit de ne se soumettre à *aucun* régime, et de vivre comme un vrai voyageur.

La réflexion que fait Sydenham à ce sujet est profonde ; il fallait, dit-il, un esprit d'une forte trempe, pour suivre ce conseil sans hésiter, pour entreprendre dans cet état de dépérissement un semblable exercice ; nous ajouterons qu'il fallait que le médecin fût doué d'un esprit supérieur et appuyé sur une haute réputation, pour oser donner ce conseil à un hypochondriaque tel que ce prélat.

Pour nous, nous avons vu des malades de cette sorte se mettre dans une colère inexprimable à la seule proposition de sortir à pied pour prendre un peu d'exercice et respirer un air plus favorable.

Revenons au malade de Sydenham : il se soumit entièrement à ses conseils, chaque jour il faisait un peu plus de chemin que la veille, il en vint jusqu'à faire de vingt à trente milles en un jour ; il continua ainsi plusieurs mois, pendant lesquels il fit plus de mille lieues. Sa santé se rétablit complétement dans ces voyages, et il acquit même, ajoute l'auteur, assez de force et de vigueur (117).

Quelle conclusion Sydenham a-t-il tiré de cette observation ? A-t-il vu dans ce prélat épuisé, comme il le dit, par des études opiniâtres, un homme dont la santé générale est d'abord affaiblie par des excès de travail, puis par des remèdes inutiles, et qui, abandonnant les ferrugineux, les purgatifs, les anti-scorbutiques, etc., trouve enfin le moyen de diminuer, par un exercice physique longtemps soutenu, la prédominance des fonctions cérébrales, prédominance établie au détriment des systèmes organiques ? Cherche-t-il à constater les effets de la direction nouvelle imprimée à l'esprit de ce malade ? Nullement : Sydenham en conclut que l'exercice du cheval a dû évacuer par la transpiration les sucs dégénérés, ou les rétablir dans leur premier état, soit qu'il ait ouvert des couloirs, ou renouvelé le sang, etc. ; et enfin, fondé sur ces explications plutôt encore que sur le fait que nous venons de citer, il assure (118) que le mercure n'est pas plus efficace dans le traitement des affections syphilitiques, et le quinquina dans celui des fièvres intermittentes, que l'exercice du cheval dans toutes les maladies qu'il nomme de consomption, *pourvu que* le malade fasse suffisamment de chemin, et que les draps de son lit soient bien secs.

Abstraction faite de toutes les hypothèses avancées dans cette occasion par cet auteur, nous devons le dire, cet exercice du cheval qu'il met au-dessus de tous les agents thérapeutiques sans exception, qu'il compare au mercure et au quinquina, ce moyen qu'il conseille aux hommes, c'est-à-dire aux hypochondriaques, qu'il défend aux femmes (116), c'est-à-dire aux hystériques, ce moyen enfin que ce grand praticien sanctionne ainsi de toute son autorité, est en effet le plus puissant qui existe peut-être pour ramener à la santé les hommes atteints d'hypochondrie, et spécialement de la variété que nous avons nommée *monomanie asthéniaque*. Lorsqu'on peut le faire adopter par ces malades, il n'en est pas qui puisse, d'une part, les arracher aussi bien au cours ordinaire de leurs pensées, surtout si cet exercice leur est peu familier ; et d'autre part, ramener insensiblement dans tous les systèmes organiques la vigueur et la régularité normales. L'intelligence

de l'hypochondriaque doit, au moins pendant quelques heures, s'occuper uniquement de la direction des mouvements d'un autre animal, et abandonner enfin le soin de ses propres organes à la force vitale. Si donc on pouvait obtenir ce double résultat de l'exercice du cheval, on aurait, suivant nous, les éléments les plus sûrs de la guérison de l'hypochondrie.

Dans le traitement des attaques hystériques, Sydenham abandonne encore ses fortifiants du sang; la violence du mal est telle, dit-il (119), qu'on n'a *pas le temps* de fortifier le sang et les esprits, il faut recourir aux remèdes hystériques; et dès-lors il revient aux substances indiquées par presque tous les auteurs, telles que l'assa-fœtida, le galbanum, le castoreum, etc., et le laudanum pour les fortes douleurs.

En résumé, nous dirons que Sydenham ne s'étant pas contenté d'énumérer divers remèdes comme certains auteurs, mais ayant attribué consciencieusement à chacun d'eux un certain degré d'efficacité, a jeté ainsi quelque jour sur la nature de l'hypochondrie et de l'hystérie, et même sur leurs différences, puisqu'il a avancé que tel moyen réussit chez les hommes et ne réussit pas chez les femmes, et que dans l'attaque hystérique chez ces dernières il faut changer de médication; nous ajouterons qu'en bon praticien il a indiqué dans le traitement de l'hystérie un plan de conduite qu'on ne saurait trop imiter. « Pour moi, » dit l'Hippocrate anglais, non-seulement dans » les affections hystériques, mais encore dans » *toutes* les maladies, quand je ne pense pas pouvoir » réellement faire du bien par mes remèdes, » je crois que le meilleur parti que j'ai à prendre, » si je veux remplir les devoirs d'un *honnête* » *homme* et d'un *bon médecin*, c'est de ne rien » faire du tout, etc. » (134.)

§ X. Baglivi a dit plus que tout autre peut-être en thérapeutique sur la nature de certaines monomanies, et conséquemment sur leur distinction d'avec les affections purement nerveuses. Il veut que les médecins se livrent enfin à une investigation scrupuleuse des causes morales, et qu'ils ne recherchent plus l'origine de toutes les maladies dans des réplétions et des cacochymies imaginaires. Assurément, dit-il, il y a des maladies déterminées par des réplétions; mais il en est bien davantage qui ne sont occasionnées que par des influences morales, surtout chez les hommes agités par les soucis de l'ambition, élevés en dignité, lancés dans la carrière des honneurs, chez les hommes enfin qui ont tout autre chose à faire qu'à se gorger chaque jour d'aliments, et qu'à se plonger dans les sales félicités de l'ivresse.

« Multi, fateor, ob repletiones, in morbos incidunt, » sed multo plures ob animi pathemata, et » potissimum si aut rei familiaris cura distenti, » aut dignitate constituti fuerint, aut in aulâ vivant, » quorum plurimi longe alia cogitant, quam » stomachum crapulâ et ebrietatibus quotidie re- » plere. » (*De medendis animi morbis*, cap. XIV.)

Une indication thérapeutique très-importante, suivant Baglivi, dans les maladies qui reconnaissent une origine morale, c'est de s'occuper des voies digestives. Ce médecin profond déclare positivement que l'estomac n'est que secondairement affecté, que primitivement l'affection est toute morale :

« Qui laborant animi pathemate ventriculi mor- » bis corripipiuntur, etc. » (*Loc. cit.*)

Aussi regarde-t-il comme une conséquence toute naturelle d'appliquer un traitement moral aux lésions digestives, et de ne pas traiter indistinctement toutes ces maladies par des purgatifs, des saignées, des réfrigérants, des humectants, etc., comme beaucoup de médecins ont coutume de le faire « Neque indiscriminatim omnium morborum » curatio a purgantibus et phlebotomiis, refrige- » rantibus et humectantibus, etc., uti apud multos » invaluit usus, inchoanda. »

Baglivi sentait bien toute l'influence vicieuse de l'esprit inquiet des hypochondriaques sur les fonctions digestives; voyez, au contraire, dit-il, ceux qui s'inquiètent fort peu de leur existence, bien que gorgés d'aliments grossiers, ils les digèrent avec facilité, et ils jouissent de la meilleure santé; il en est ainsi, poursuit-il avec une précision admirable, de tous ceux qui, par une certaine indifférence de la vie, ont appris à bannir de leur âme le sentiment des peines et des douleurs.

« Suæ salutis non admodum solliciti, quamvis » nimium repleantur cibis, eosdem tamen benè » digerunt, optimaque fruuntur valitudine.... » quique dolorum, curarumque sensum quadam » vitæ negligentia ab animo norunt dispellere. » (*Loc. cit.*)

Ce qui confirme encore tout ce que nous avons avancé sur l'enchaînement des symptômes de l'hypochondrie, c'est ce que dit plus loin Baglivi sur l'issue des maladies développées sous l'influence d'une monomanie de ce genre. Si quelque affection, dit-il, attaque un malade en proie à cet état de l'âme, elle a coutume de durer tout autant de temps que l'affection morale, et elle se convertira plutôt en une autre espèce de lésion, que d'abandonner le malade. « Si quis morbus, durante » animi passione, ægrum corripuerit, solet interdum » *tamdiu* durare, *quandiu* ipsa animi passio, » et potius in alienæ speciei morbum mutabitur, » quam ægrotantem liberum relinquet. »

Il est fâcheux que la plupart des auteurs anciens, et même des auteurs les plus récents, n'aient pas su tirer de leurs études sur les maladies la même induction que Baglivi; savoir, que puisque les forces vitales sont ainsi troublées et violentées par l'affection morale, il n'est pas étonnant que les remèdes viennent échouer dans le traitement, et que les médicaments ingérés dans l'estomac causent plus de mal que de soulagement.

« Quoniam spiritus, ab affecta mente, summo-
» pere turbantur, et afficiuntur et semper dis-
» tracti hinc inde sunt ; nil mirum si hac de causa
» medicamentorum quoque vires infringantur ,
» eaque corrumpantur potius in stomacho quam
» desideratum levamen ægrotantibus afferant. »

On prévoit que la méthode thérapeutique de ces sortes de maladies ne peut être que parfaitement tracée par Baglivi , puisque cette méthode sera déduite de notions positives sur leur nature essentielle. Les maladies qui dépendent d'un état particulier de l'âme , dit ce médecin , seront traitées avec prudence et avec réserve ; on s'abstiendra surtout de médicaments nombreux et actifs.

Avant d'aller plus loin dans l'examen des opinions de Baglivi sur le traitement de l'hypochondrie, nous ne pouvons nous décider à passer sous silence un passage remarquable de cet auteur concernant l'étude de ces sortes de maladies ; nous le disons avec une sorte de satisfaction, il nous semble que nous avons fait quelque chose pour remplir sous ce rapport les désirs exprimés par Baglivi. Nous désirons, disait ce médecin philosophe , une histoire exacte des maladies *déterminées* par les inquiétudes morales , dans laquelle on expliquerait quelles sont les maladies qui se développent plus spécialement sous l'influence d'un état intellectuel quelconque , quels sont les symptômes qui les caractérisent, de quelle manière elles augmentent ou diminuent, en quelle autre espèce de maladies elles ont coutume de se changer, quels sont les remèdes qui les calment et ceux qui les exaspèrent , quel genre de médication on doit adopter, et enfin une foule d'autres choses qui nous manquent encore, comme nous l'avons dit.

« Desideramus historiam morborum ab animi
» curis provenientium , in qua scilicet explicatur,
» qui potissimum morbi a quovis animi motu
» oriantur, quibus comitentur symptomatis, quo-
» modo augeantur, et quomodo declinent, quan-
» tum durent , aut in quali specie morborum
» mutari soleant, quibus remediis leniantur, quibus
» exacerbantur, quæ medendi methodus, etc.,etc.,
» innumera alia quæ desirantur, ut diximus. »
(*Loc. cit.*, V.)

Il ne nous paraît pas que depuis Baglivi cette lacune ait été remplie ; tout en cherchant la solution de la question proposée par la Société royale de Bordeaux, nous avons été conduit à diriger toutes nos études sur l'affection hypochondriaque, suivant l'esprit de ce passage de Baglivi ; on jugera si nous avons en effet contribué à jeter quelque lumière sur un point de doctrine qu'il signalait comme obscur et comme important à connaître.

La méthode curative des affections hypochondriaques proprement dites n'a été qu'indiquée par Baglivi, mais elle l'a été de main de maître ; son esprit pénétrant avait vu les limites étroites de l'art dans ces circonstances.

Nous regardons en effet le peu de lignes que nous allons citer comme un modèle de perspicacité et de justesse d'esprit :

Maintenant, disait cet auteur, il nous resterait à ajouter quelques mots sur le traitement de ces sortes d'affections. Mais, avant d'aller plus loin , avouons que ce traitement réside presque tout entier dans les forces morales du malade, c'est-à-dire, dans sa patience, son courage, sa prudence, sa sérénité, etc. Sans ces conditions, toute la série des médicaments, tous les efforts des médecins seront en quelque sorte inutiles et en pure perte ; et quant à ce luxe des officines, à ces médicaments dits *hilarians, antimélancoliques, fortifiants du cœur et de l'esprit, excitants de l'âme*, etc., ils sont plutôt propres à soutenir le décorum de l'art médical qu'à chasser les soucis de l'âme, et qu'à relever un esprit abattu.

« Restant nunc dicenda nonnulla de curatione
» illorum ; et quidem in ipso limine fatendum est,
» illam penè omnem in ægrotantis animo morali-
» bus virtutibus , patientia nempe , fortitudine ,
» prudentia , tranquillitate, etc., repositam esse ;
» quod si non fiat, omne genus remediorum, om-
» nes medicorum conatus inutiles propemodum
» erunt, ac vani. Quæque in pharmacopoliis me-
» dicamenta dicunt exhilarantia , antimelanco-
» lica, cor aut memoriam confortantia, ingenium
» acuentia, etc., adjuventa sunt ad quamdam ve-
» luti pompam artis, quam ut valeant atras ab
» animo curas dispellere , vel jacentem illum
» attollere. » (*Loc. cit.*, VI.)

Cependant Baglivi n'ignorait pas qu'on ne contribuerait en rien à la guérison d'un hypochondriaque, en lui recommandant de montrer de la force d'âme, du courage , de la patience , de reprendre de la sérénité ; il savait qu'il faut essayer d'arracher ces esprits à leurs pensées habituelles, qu'il est des moyens qu'on peut employer pour arriver à ce but, et ces moyens il les a indiqués.

Il place l'exercice physique au premier rang ; les voyages dans les contrées étrangères, ou la chasse dans des lieux agréables ; le séjour à la campagne et l'exercice du cheval fréquemment répété ; précepte déjà donné par Sydenham et approuvé par Hoffmann. A l'exemple de Montanus , Baglivi ne veut pas qu'on prive les malades de tous les plaisirs ; il conseille, au contraire, de chercher des distractions capables de ramener l'esprit à son état normal, et de faire ainsi disparaître peu à peu les altérations physiques de l'organisme.

C'est à ce sujet que, plein de la lecture des anciens moralistes, et croyant ne pouvoir rien dire de mieux que Sénèque sur la médication de l'âme, Baglivi se borne à citer les propres paroles de ce philosophe, qu'il appelle avec juste raison l'un des précepteurs du genre humain.

Avant de quitter Baglivi, voyons avec quelle

noblesse et quelle grandeur il veut que le médecin se conduise dans le traitement de ces maladies.

C'est en traitant des maladies de cette espèce, dit-il, que le médecin doit s'élever au-dessus de lui-même ; quels que soient les conseils qu'il donne, quels que soient les médicaments qu'il propose, il doit le faire avec une telle dextérité, avec une telle audace d'expression, que le malade, retrouvant de la patience, reprenant de la sérénité, ne doute plus des bons résultats de sa médication. Je puis à peine exprimer, ajoute Baglivi, combien les paroles d'un médecin peuvent avoir d'influence sur l'issue de ces affections, en agissant sur l'imagination des malades. Un médecin, en effet, fort de son éloquence, habile dans l'art de persuader, verse dans l'âme de ses malades tant de confiance pour sa doctrine, et ajoute par ses paroles, tant d'efficacité aux médicaments, qu'il peut obtenir plus de succès à l'aide des remèdes les plus insignifiants que tel autre médecin plus instruit, mais faible, mou et en quelque sorte énervé sous le rapport de l'élocution, avec les médicaments les plus précieux. » Cœterum in hujusmodi ægris curandis præstare » maximopere debet medicus, ut quæcumque re- » media aut precepta curationem spectantia ægroto » proposuit, ea tali arte, et intrepida dicendi » libertate proponat, qua illum ad patientiam, et » tranquillitatem componere, et ad summam me- » dicamentis præbendam fidem hortari valeat. Si » quidem vix fateri possum, quantum verba me- » dici dominentur in vitam œgrotantis, ejusque » phantasim transmutent ; medicus namque in » sermone potens et artium suadendi peritissimus, » tantam vim dicendi facultate medicamentis suis » adstruit, et tantum doctrinæ suæ fidem in ægro » excitat, ut interdum vel abjectissimis remedis » difficiles morbos superavit, quod medici doctio- » res, sed in dicendo languidi, molles ac pene » emortui nobilioribus pharmacis præstare non » potuerunt. » (*Loc. cit.*, VIII.)

§ XI. Nous ne dirons qu'un mot sur le traitement humectant tant vanté par Pomme ; on sait que les affections hypochondriaques et hystériques n'étaient traitées par lui qu'avec l'eau de poulet et les bains. Dans tous les cas, selon ce médecin, les nerfs étaient raccourcis ; il prétendait que, pour ce qui est de l'hystérie, le sang, après avoir *agacé* les nerfs de la matrice, se porte sur la poitrine et produit la suffocation, etc. C'est ainsi que M. Louyer-Villermay présume que le reflux du sang irrite tous les nerfs de l'économie (53).

La théorie que j'ai établie, dit Pomme, m'annonce les propriétés des remèdes à employer, c'est-à-dire, tous ceux qui pourront relâcher les spasmes, etc. Le docteur Fizes de Montpellier, cité plusieurs fois dans l'ouvrage de Pomme, adoptait aussi ce genre de traitement pour diminuer *la tension* du système nerveux.

Quoi qu'il en soit de toutes ces divagations, Pomme a beaucoup fait pour la thérapeutique, comme le reconnaît Georget, puisqu'il a proscrit tous les médicaments énergiques si souvent employés avant lui dans le traitement de l'hystérie.

§ XII. « Cullen avoue, dit M. Louyer-Villermay, qu'il manque d'observations suffisantes » pour établir d'une manière précise les bases du » traitement convenable à l'hypochondrie, et les » conseils qu'il donne sont bien propres, poursuit » M. Louyer-Villermay, à nous confirmer dans » l'aveu qu'il nous fait, etc. » (602.)

Jamais reproche ne fut plus légèrement adressé, et plus mal fondé. Nous allons voir si les conseils donnés par Cullen portent à croire que cet auteur n'avait pas en effet suffisamment observé l'hypochondrie.

Cullen dit qu'il manque d'observations (1233); mais nous ne savons où M. Louyer-Villermay a lu : *pour établir les bases du traitement de l'hypochondrie*. Le médecin d'Édimbourg ajoute seulement : *pour déterminer quelles sont les causes éloignées de l'hypochondrie* (1233). D'où il conclut qu'il ne peut indiquer le traitement *préservatif* d'une manière aussi claire et aussi positive qu'il le désirerait.

Quant aux observations consignées dans les auteurs, Cullen n'a pas voulu s'en servir, et avec raison, parce que ces médecins n'avaient pas fait de distinction entre le morbus *ructuosus*, *flatulentus*, la dyspepsie, etc., et la véritable hypochondrie.

Voyons actuellement les conseils de Cullen, traités si lestement par M. Louyer-Villermay.

De la non-distinction des affections idiopathiques de l'estomac, et des troubles fonctionnels de ce viscère, déterminés par une influence morale, devait résulter un traitement essentiellement vicieux, c'est la première remarque de Cullen, et elle prouve que ce médecin connaissait parfaitement la nature de l'hypochondrie. « Les af- » fections de l'estomac, dans l'hypochondrie, » dit-il, étant les mêmes que dans le cas de » dispepsie (gastralgie), on a mis peu de dis- » tinction dans la pratique, mais je suis persuadé » qu'il est nécessaire de la varier. »

Le commentateur donne une nouvelle force à l'opinion de Cullen. Un grand nombre d'auteurs, ajoute Bosquillon, ont traité, sous le nom d'affection hypochondriaque, les symptômes que produisent les embarras de la veine-porte et les diverses affections des viscères abdominaux ; ils ont en conséquence insisté spécialement sur les laxatifs et les apéritifs, et n'ont pas fait attention à l'état particulier de l'âme (note au par. 1232).

Cette remarque lumineuse de Bosquillon, qui avait si bien compris le texte de Cullen, explique toutes les erreurs commises dans l'histoire de l'hypochondrie ; c'est en effet parce qu'on n'avait pas fait cette distinction fondamentale, qu'on a

confondu l'hypochondrie avec l'hystérie et avec d'autres maladies ; c'est pour cela que les Arabes ont désigné l'hypochondrie sous le nom de *mirachialis morbus*, et Dioclès sous celui de *morbus flatuosus*, etc. ; c'est pour n'avoir pas fait cette distinction, qu'aujourd'hui M. Broussais et ses partisans ne voient en elle qu'une gastro-entérite, et M. Louyer-Villermay une affection *nerveuse* qui réside dans le système *nerveux* des voies digestives, et c'est enfin pour cela que M. Louyer-Villermay n'a pas senti le mérite des conseils de Cullen.

« Les principaux remèdes de la gastralgie, poursuit Cullen, sont les toniques, qui ne me paraissent ni nécessaires ni sûrs dans l'hypochondrie. »

Observation toute pratique ; l'habitude en effet de prodiguer les toniques dans le traitement de l'hypochondrie fait qu'on détermine bien souvent des lésions organiques de l'estomac chez les malades.

« Les eaux minérales ferrugineuses ont eu des succès apparents dans l'hypochondrie ; ces succès doivent être plutôt attribués aux distractions et aux exercices physiques qui accompagnent ordinairement l'usage de ces eaux. »

Nous n'avons pas besoin de faire sentir toute l'exactitude de cette remarque.

L'exercice physique, considéré comme moyen curatif, occupe ensuite Cullen ; il le trouve utile dans les cas d'affection idiopathique de l'estomac, et dans les cas d'hypochondrie. Ce médecin prouve, avec une haute sagacité, que dans l'exercice physique il y a deux sortes de résultats : il fortifie tous les systèmes de l'économie, en activant leurs fonctions ; c'est pour cela qu'il ranime l'action des estomacs languissants, et qu'on doit le préférer à tous les toniques et tous les stimulants pharmaceutiques ; en second lieu, il est éminemment utile, dans le traitement de l'hypochondrie, par l'effet qu'il produit sur l'âme. Après avoir ainsi fait connaître le double but qu'on peut atteindre par l'usage d'un exercice convenable, Cullen part de là pour donner les conseils les plus sages et les plus efficaces dans le traitement de cette maladie.

Il n'a eu en vue, dit-il, que d'attaquer le point *capital* de la pratique, relativement aux affections hypochondriaques; savoir, le traitement qui convient à l'esprit. Car l'affection de l'esprit, ajoute-t-il, constitue toujours et spécialement le caractère dominant de l'hypochondrie (1243).

Suivant Cullen, et suivant tous ceux qui ont bien observé les hypochondriaques, rien de plus délicat et de plus difficile que l'art de diriger l'esprit de ces malades. « Il ne faut avoir recours exclusivement ni à la raillerie ni au raisonnement ; il faut bien se garder de considérer leurs craintes comme dépourvues de fondement. S'il est jamais permis de donner quelque remède innocent pour plaire au malade, c'est assurément dans le traitement des hypochondriaques, qui sont fous de médicaments et qui, quoique souvent trompés dans leurs espérances, prennent cependant encore tout remède nouveau qu'on leur propose. » Il serait superflu de pousser plus loin ces citations pour prouver que Cullen connaissait bien la nature de l'hypochondrie, et qu'il a jeté les véritables bases du traitement moral et intellectuel.

Quant à l'hystérie, il fait rentrer ses indications curatives dans celles de l'épilepsie ; il pense que ces indications sont les mêmes. Or, comme il trouve que dans l'épilepsie on doit agir sur tel ou tel viscère, lorsque les symptômes sont déterminés sympathiquement, nous devons en conclure qu'il aurait dirigé, dans l'hystérie, ses moyens thérapeutiques vers le système utérin, puisqu'il a reconnu que la matrice est le point de départ de cette maladie.

§ XIII. Pinel n'a donné que des indications très-vagues sur le traitement de l'hypochondrie ; toutefois ces indications sont conformes à la véritable médication de cette maladie ; elles sont déduites de son caractère essentiel, c'est-à-dire de l'état moral des individus. Il interprète convenablement le précepte donné par Montanus aux hypochondriaques : *Fuge medicos et medicamina et sanaberis*, c'est-à-dire qu'au lieu de donner sa confiance aux longues et interminables formules de certains auteurs, il faut faire une application convenable des préceptes de l'hygiène.

Conformément à l'opinion des médecins les plus éclairés, Pinel pense que les accès hystériques sont constamment exaspérés par les moyens violents dont on avait coutume de se servir pour faire cesser les syncopes ; cependant il ajoute que lorsque les fonctions de la vie sont suspendues, il y aurait du danger à ne pas recourir aux moyens les plus actifs.

§ XIV. Pour l'hypochondrie comme pour l'hystérie, l'école du Val-de-Grâce a préconisé la diète et les émissions sanguines ; doit-on en inférer que, dans l'esprit des partisans de cette école, ces deux maladies sont admises comme identiques ? Il est bien vrai que M. Broussais a dit que l'hypochondrie est l'effet d'une gastro-entérite chronique qui agit avec énergie sur un cerveau prédisposé à l'irritation (*Examen des doctrines*, prop. 144), et que l'hystérie doit être rattachée à la même cause que l'hypochondrie (Prop. 372, pag. 236) ; mais peut-être n'en considère-t-il pas moins ces deux affections comme formant deux individualités bien distinctes. Maintenant, quant à l'efficacité des émissions sanguines et de la diète, dans leur traitement, on sait aujourd'hui à quoi s'en tenir. Georget cite des hypochondriaques qui ont fini par perdre la raison sous l'influence d'une diète très-sévère et longtemps continuée ; d'un autre côté, Willis, comme nous l'avons fait remarquer, avait très-bien observé que les femmes anhém-

sont précisément celles que les attaques hystériques tourmentent le plus souvent. Un fait assez curieux rapporté par Pomme indique encore mieux l'inutilité des saignées dans les cas d'hystérie; on lit, dit-il, dans le *Journal de Médecine* (mai 1757, pag. 292), qu'un chirurgien de Chantilly, nommé Brillonet, fit à une fille hystérique, dans le cours de plusieurs années, mille et vingt saignées! Le tout sans pouvoir la guérir.

§ XV. Après avoir examiné, suivant l'esprit de notre question, les opinions émises par les anciens médecins, sur le traitement des affections hypochondriaques et hystériques, nous venons d'entrer dans la discussion des moyens proposés par des auteurs contemporains; pense-t-on que, sous ce rapport du moins, l'état de la science soit beaucoup plus avancé?

Voltaire, dit M. Louyer-Villermay (*Recherc. sur l'hyp.*, p. 184), reprochait à un jeune médecin *de mettre dans un corps qu'il ne connaissait pas, des médicaments qu'il connaissait encore moins*; et à cette occasion, M. Louyer-Villermay ajoute, avec un mouvement de satisfaction; « Félicitons-nous » de ce que les progrès de la chimie et de l'ana» tomie mettent aujourd'hui les médecins à l'abri » de ce reproche. » Il me semble que M. Louyer-Villermay s'est étrangement mépris sur le véritable sens du reproche fait par Voltaire.

Oui, certainement, à l'aide des études chimiques et anatomiques, on peut connaître aujourd'hui d'une manière absolue la composition de tel médicament et la structure de nos organes; mais en est-on plus avancé sous le rapport de la thérapeutique?

Un sauvage apprend au monde civilisé que l'écorce du Pérou arrête la marche des phénomènes périodiques; la chimie décompose, analyse ce médicament, l'anatomie poursuit ses progrès; les sciences médicales marchent à grands pas, on découvre une base salifiable dans l'écorce du Pérou: mais quant à son mode d'action thérapeutique sur l'économie, qui oserait prétendre qu'on sait quelque chose de plus que l'Indien qui l'a découverte? C'est la nature des rapports, c'est la manière d'agir d'un agent thérapeutique sur l'organisme, que Voltaire entendait, et ce point de doctrine nous paraît avoir si peu marché avec le progrès de la chimie et de l'anatomie, que, touchant déjà au terme de la dernière partie de notre travail, nous répèterons ce que nous avons dit au commencement : *In therapeia maximè claudicamus*. Passons toutefois au plan de thérapeutique proposé par M. Louyer-Villermay, et voyons s'il *démontre*, comme il le dit (*Malad. nerv.*, 605), l'utilité de la médecine dans le traitement des affections hypochondriaques.

Il y a d'abord lieu de s'étonner de voir M. Louyer-Villermay avancer que tous les préceptes thérapeutiques sont étouffés dans les ouvrages des auteurs parmi les opinions les plus hasardées; que, dans *tous* les auteurs, la vérité et l'erreur marchent sur la même ligne, ou sont offertes avec une *égale assurance* (604). Avouons le faible de notre siècle; on méconnaît les écrivains d'un autre âge, ou bien on ne les connaît que d'après quelques citations rares et éparses dans les ouvrages des contemporains. M. Louyer-Villermay a conclu, de son assertion, que sa tâche *était facile* à remplir; qu'il lui suffisait de mettre à profit les idées saines, et de signaler les opinions fautives, pour établir un plan de thérapeutique propre à démontrer *l'utilité* de la médecine dans le traitement des affections hypochondriaques (605). Mais d'abord, ce qu'il trouve facile est précisément ce qu'il y a de plus difficile, puisqu'il ne s'agit rien moins que de distinguer la vérité de l'erreur; sans doute, il est beau de dire, avec Klein: « Liberam profiteor » medicinam, nec ab antiquis sum, nec à novis, » utrosque, ubi veritatem colunt, sequor. » Rien de mieux, je le répète, n'était la difficulté de trouver *ubi veritatem colunt*. Quant à nous, il nous semble que, plus on médite sur ce point, plus on trouve qu'il est difficile de trouver ce plan de thérapeutique propre à *démontrer* l'efficacité de la médecine dans le traitement de l'hypochondrie, et Baglivi a ajouté à notre opinion tout le poids de son autorité.

M. Louyer-Villermay divise le traitement général de l'hypochondrie, 1° en traitement de la maladie, 2° en traitement des symptômes, 3° en traitement des complications. Nous ferons remarquer d'abord que les symptômes, de l'aveu même de cet auteur, sont les éléments de cette maladie; d'où l'on doit inférer que, lorsqu'on attaque les symptômes, on attaque la maladie : or, d'après ces principes, est-ce raisonner d'une manière logique que de considérer la maladie comme un être à part, et ses symptômes comme des accessoires distincts? Pour prouver le peu de fondement de cette division, nous ne nous arrêterons que sur les premiers symptômes que M. Louyer-Villermay prétend traiter indépendamment de la maladie.

Ces symptômes, dit-il, *émanent* directement de la nature même de l'hypochondrie; sensibilité des organes situés dans l'épigastre et les hypochondres (729), borborygmes, flatuosités, etc. Remarquons qu'il suffirait d'énumérer ces symptômes pour avoir précisément la définition de l'hypochondrie suivant cet auteur. Or, qu'est-ce qu'une méthode qui vous fait traiter d'abord la maladie, puis les éléments de la maladie?

Quant au traitement des complications, on ne peut le considérer comme une division du traitement général de l'hypochondrie. On n'a qu'à lire le chapitre qui lui est consacré pour voir qu'il s'agit, en effet, d'un traitement purement accessoire.

M. Loyer-Villermay donne trois bases principales (605) à la méthode curative : 1° apprécia-

tion des lois de l'hygiène; 2° direction donnée aux facultés morales et intellectuelles; 3° choix convenable des médicaments. Avouons que cet auteur aurait pu se contenter de donner deux bases, car la direction des facultés morales, *animi pathemata,* rentre nécessairement dans l'application des lois de l'hygiène.

Maintenant, de deux choses l'une : ou les idées de M. Louyer-Villermay sur la nature de l'hypochondrie sont exactes, et alors son traitement est vicieux, ou son traitement est rationnel, et alors ses idées sont erronées. Cet auteur a dit, dans son chapitre du principe de l'hypochondrie (320), que « cette maladie a pour siége *primitif* » les viscères abdominaux, et surtout l'estomac; » qu'au trouble de ces organes se joint, par sym» pathie, le désordre consécutif de presque tous » les organes de notre économie, etc., et *enfin* » l'affection sympathique de nos facultés morales » et intellectuelles. »

Or, nous le demandons, en adoptant cette hypothèse, est-il rationnel de donner pour première base au traitement l'indication de traiter *avant tout* un désordre moral secondaire, déterminé *enfin* sympathiquement, lorsque tous les organes ont déjà été lésés, et de rejeter en sous-ordre le traitement de l'estomac, siége *primitif* de la maladie?

Ce traitement est cependant le seul rationnel; M. Louyer-Villermay a bien fait de l'établir ainsi; mais il y a lieu d'être surpris de ce que l'ordre même de son traitement ne l'ait pas conduit à rectifier ses idées sur la cause prochaine de l'hypochondrie, et à trouver ainsi la différence fondamentale de cette maladie et de l'hystérie.

M. Louyer-Villermay pose en principe général (pag. 606) que rien ne constate mieux la nécessité de varier le traitement de l'hypochondrie que la multiplicité des causes, les nombreuses variétés de cette affection, etc., etc. Et quelle raison puissante, ajoute-t-il, de modifier le traitement que les succès *avérés* obtenus par les moyens les plus contraires?

Il résulte de cette manière de raisonner que l'hypochondrie, pour notre auteur, n'est pas une individualité morbide déterminée, et que le même vague qui a régné dans son étiologie et dans sa symptomatologie, va régner encore dans son traitement; il n'a vu dans cette affection qu'un assemblage *confus, incohérent* et *disparate* de symptômes; il va préconiser successivement les bons effets des six choses dites non naturelles, et de tous les médicaments que comprend la matière médicale; *il va se rendre raison,* et ce sont ses expressions (607), des réussites amenées par des méthodes curatives tout à fait opposées. *Il conçoit* d'abord pourquoi Hoffmann réussissait avec son élixir viscéral, et *il n'est pas étonné,* dit-il, que les délayants aient donné des résultats avantageux. Il suffit enfin de parcourir son chapitre des médicaments pour voir avec quelle facilité cet auteur sait *s'accommoder,* comme il le dit (608), à l'*extrême diversité* des symptômes.

Si nous ne nous trompons, M. Louyer-Villermay aurait dû dire que lorsqu'on pense comme lui que toute circonstance, quelle qu'elle soit, peut déterminer l'hypochondrie, il faut se borner uniquement à écarter cette circonstance malencontreuse. On va voir qu'en résumé tout se réduit à cela, dans son livre. Ainsi, l'hypochondrie récente est-elle *produite* par une suppression du flux hémorrhoïdal? il n'y a qu'à rétablir ce flux; est-elle produite par contention d'esprit? donnez des distractions; par des peines de l'âme? donnez des consolations; par une vie trop sédentaire? prescrivez des courses variées; par la négligence d'une saignée habituelle? nouvelle saignée. Une femme perd son enfant, et devient hypochondriaque; son mari faisait lit à part; un médecin bien inspiré donne un vis tout opposé; la nature le seconde, dit M. Louyer-Villermay : grossesse, cessation de l'hypochondrie.

Autres indications de notre auteur : si le malade est riche en vaisseaux sanguins (615), on saigne; mais la constitution délicate réclame un bon régime; au tempérament nerveux et irritable conviennent les antispasmodiques; à la prédominance du système bilieux, on oppose les acidules, les délayants, les laxatifs, etc.; au tempérament lymphatique, les martiaux, les amers, le quinquina et la gentiane.

Nous n'avons rien à reprocher à ces prétentions thérapeutiques de M. Louyer-Villermay, elles cadrent parfaitement avec son étiologie; il n'est pas une disposition de l'économie, nous l'avons vu, pas un agent dans la nature, qu'il n'ait considéré comme pouvant devenir cause d'hypochondrie; il est conséquent avec lui-même en admettant dans le traitement de cette maladie l'application de toutes les lois de l'hygiène et de tous les médicaments sans exception.

Nous ne parlerons pas des lois de l'hygiène préconisées par cet auteur; on connaît ces lois, il les vante *toutes* successivement, il pousse même le soin des indications jusqu'à recommander (628) aux personnes qui sortent l'hiver, d'un appartement échauffé, ou d'une réunion nombreuse, de fermer bien exactement leurs habits, *sous peine* de devenir hypochondriaques.

Pour ce qui est de ses médicaments, les bornes de ce travail ne nous permettent pas même de les énumérer.

Passons au traitement proposé par M. Louyer-Villermay contre l'hystérie. « Il est peu de mala» dies, dit d'abord avec assurance cet auteur, » dont le traitement fasse plus d'honneur à la » médecine (149). » En vérité, on pourrait croire qu'une opinion aussi présomptueuse n'a pu être émise que pour rassurer les gens de monde, tant elle s'accorde peu avec l'esprit de doute et de vérité qui doit régner enfin dans les sciences médicales.

et c'est de l'hystérie que parle M. Louyer-Villermay ! Il ne s'est donc pas rappelé que c'était précisément lorsque le traitement n'avait *aucun* succès dans une maladie que les médecins du siècle dernier étaient portés à croire qu'il s'agissait d'une affection hystérique ? « De fomite hysterico suspi- » candum erit, ait Baglivi, quando morbus ali- » quis remediis cedere nolit. » Le traitement de l'hystérie, dit Georget, éprouve les plus puissants obstacles.

Ce n'est pas toutefois sans motif que M. Louyer-Villermay a cru si bénévolement à la puissance de l'art dans cette circonstance; il s'est fondé sur l'existence d'une cause qui, si elle était réelle, serait en effet assez facile à éloigner; mais il est aujourd'hui reconnu par tous les bons esprits que cette cause est tout à fait hypothétique; les difficultés restent les mêmes dans le traitement de l'hystérie.

Suivant notre auteur, presque toujours le médecin découvre la cause de l'hystérie, cause qui était cachée ou ignorée; il dissipe les inquiétudes des parents et justifie leur confiance par une prompte guérison (149). Il est facile de deviner que c'est de la continence que veut parler ici M. Louyer-Villermay, et conséquemment du *mariage* comme panacée infaillible. Nous croyons en avoir dit assez sur la continence comme cause de l'hystérie, pour prouver que dans la plupart des cas le mariage, loin de calmer les accès hystériques, doit, au contraire, comme cause excitante et directe du système utérin, accroître encore leur violence. Nous sommes si convaincus de son inutilité et de ses fâcheux résultats, dit Georget, que nous recommanderons de nouveau aux médecins et aux familles de mettre toute la prudence et toute la circonspection possibles dans son usage.

Le traitement de l'hystérie que M. Louyer-Villermay propose, se divise, comme celui de tous les auteurs qui l'ont précédé, en traitement de la maladie et en traitement des accès. Pour ce dernier cas il rappelle l'inspiration des substances aromatiques, moyen tant préconisé dans l'antiquité, et il donne la formule d'un liniment aromatique dont on peut se servir pour frictionner la partie antérieure du cou.

Une injection de laudanum dans le vagin a réussi, dit-il, au célèbre Bichat; Pinel et Duvernoy se sont bien trouvé des lavements d'assa-fœtida.

M. Louyer-Villermay n'a placé que dans sa septième section le traitement moral de l'hystérie; il s'étendra peu, dit-il (189), sur l'application des moyens moraux au traitement de l'hystérie, ses considérations relatives à la médecine morale devant recevoir un plus grand développement dans l'histoire des névroses qui ont leur siége dans le système de la digestion. Si réellement dans les deux cas la cause prochaine avait son siége dans les organes abdominaux, pourquoi l'hypochondrie seule réclamerait-elle de préférence le traitement moral? Pourquoi les névroses du système utérin, système qui joue un si grand rôle chez la femme, n'imprimeraient-elles pas des modifications aussi marquées au moral que les névroses digestives?

Il faut le dire cependant, malgré tant d'erreurs, M. Louyer-Villermay a été dans les dispositions de son traitement plus près de la vérité, que dans ses considérations sur la nature de ces maladies; il a bien fait de mettre en première ligne, de considérer comme première base du traitement de l'hypochondrie la médication morale, parce que dans cette maladie il y a toujours erreur dominante, et que cette erreur forme le grand obstacle aux moyens curatifs soit hygiéniques, soit pharmaceutiques. Il a bien fait ensuite de donner moins d'importance aux indications morales dans la cure de l'hystérie, parce qu'il s'agit presque uniquement de faire cesser des impressions vicieuses, et d'écarter les excitants trop énergiques; indications toutefois plus faciles à remplir dans le traitement prophylactique que dans le traitement curatif; mais quant à ses considérations ultérieures elles ont toutes porté à faux.

§ XVI. Georget a exposé avec assez de détails le traitement de l'hypochondrie et de l'hystérie; les indications thérapeutiques dans lesquelles il est entré sont toutes de nature à confirmer de la manière la plus évidente les différences fondamentales de ces deux maladies.

Nous allons voir en effet que malgré ses idées sur la nature essentielle, il cherche toujours dans le traitement de l'hypochondrie à combattre une erreur dominante comme cause de tous les désordres, tandis que dans le traitement de l'hystérie, il semble, et par les moyens prophylactiques et par les moyens curatifs, chercher à combattre non la prédominance du centre nerveux de la vie animale, comme cela devait être dans ses idées, mais bien du système nerveux général. Examinons rapidement ses moyens thérapeutiques. Il avoue d'abord avec Cullen que les hypochondriaques sont les malades les plus difficiles à soigner, qu'ils sont indociles, versatiles; qu'à chaque instant ils changent de remède ou de médecin, que personne, selon eux, ne saurait comprendre ni bien connaître leur mal.

Georget avait donc très-bien observé ces sortes de malades; une seule chose pourra nous étonner quand nous aurons examiné ses remarques sur l'état moral, c'est qu'il n'ait pas vu que *tous* les autres symptômes n'ont pas d'autre point de départ dans cette maladie.

Les enfants, dit-il, fortement prédisposés à cette maladie, qui manifestent de bonne heure un penchant prononcé à la mélancolie, etc., ont besoin d'une éducation particulière, il ne faut point se hâter de cultiver *leur esprit;* suivant nous, cela n'est vrai que jusqu'à un certain point : il faut seu-

lement choisir avec sagesse les aliments qu'on doit donner en quelque sorte à des esprits de cette trempe. Il faut savoir cultiver leur esprit avec discernement, parce que des esprits ainsi prédisposés se cultivent *vicieusement* avec la plus grande facilité, s'il est permis de s'exprimer ainsi; la culture de l'esprit n'exclut pas, il est vrai, l'erreur dominante qui constitue primitivement l'hypochondrie, mais il ne faut pas pour cela laisser l'esprit plongé dans l'ignorance : loin de nous cette idée : il faut lui donner une autre direction. C'est pour cette raison que le seul changement du genre de vie, des occupations et des habitudes des malades, est presque toujours, comme le dit Georget, le moyen le plus *efficace* à opposer à leurs maux.

Cet auteur ajoute avec juste raison, que dans aucune autre affection, peut-être, cette seule condition n'est suivie de résultats plus favorables. Pourquoi n'en a-t-il pas conclu que cela tient à ce qu'il y a seulement idées exclusives dans l'hypochondrie primitive, et non affection matérielle de l'encéphale? Il avait trop de rectitude dans l'esprit pour croire que le changement seul des idées et des occupations habituelles d'un malade puisse changer *subitement* une manière d'être physique de l'encéphale.

Parmi les moyens hygiéniques les plus puissants, reprend Georget, on doit d'abord compter ceux qui agissent sur le *moral* des malades. Rien de plus exact encore, et pourquoi? Nous n'avons plus besoin de le dire, parce que c'est dans le moral des malades qu'est la source unique du mal.

Le traitement établi par cet auteur indique d'un bout à l'autre la nature que nous avons assignée à l'hypochondrie, et cette nature constitue la différence la plus forte qui existe entre cette maladie et l'hystérie.

Il n'est peut-être pas une indication thérapeutique donnée par Georget qui n'ait pour but d'affaiblir l'erreur dominante des malades. Quel est par exemple le moyen le plus sûr de détruire une erreur dans l'esprit d'un autre homme? N'est-ce pas de se rendre d'abord entièrement maître de son esprit? Eh bien! c'est le but principal de cet auteur. « Les hypochondriaques, dit-il, s'occupent » à chaque instant de leur maladie, ils ne cessent » d'en parler avec le premier venu, ils aiment à » lire les livres de médecine, ils sont très-avides » de remèdes, et restent dans une continuelle » hésitation sur ce qu'ils doivent croire et sur ce » qu'ils doivent faire. Ils ont donc besoin d'un » médecin habile qui exerce sur eux assez d'influence pour fixer leurs idées et régler leurs » actions. Il faut écouter avec patience, avec intérêt, les plaintes de ces malades et le récit de » leurs souffrances; il faut explorer avec la plus » grande attention toutes les parties douloureuses. Ils se croient *toujours* atteints de quelque » mal extraordinaire aussi difficile à connaître » qu'à guérir, et si vous ne les étudiez pas avec » le plus grand soin, si vous ne paraissez pas rester quelque temps avant de pouvoir bien con- » naître leurs maux, vous n'avez pas leur con- » fiance et ne pourrez leur faire aucun bien. Il » est en général important de leur prouver, par » des raisons à leur portée, qu'ils n'ont point les » maladies graves dont ils se croient affectés. La » persistance dans un état satisfaisant des fonctions » nutritives est un fait qui a de l'influence sur leur » esprit. Quelquefois pourtant on peut leur laisser croire qu'ils ont réellement le mal dont ils » se plaignent, pour les traiter ensuite et agir de » la sorte sur leur imagination. » Il suffit de ces citations pour prouver que les indications données par Georget, indications qui ne sont que les résultats de l'observation rigoureuse des phénomènes, établissent de la manière la plus péremptoire les vrais caractères de l'hypochondrie.

Passons actuellement à l'hystérie, et voyons si dans toutes ses indications thérapeutiques Georget n'a pas eu un but tout à fait différent; ou, du moins, s'il n'a pas eu pour but de guérir une maladie toute différente. Georget n'a pas donné les raisons de sa méthode prophylactique et de sa méthode curative; nous allons y suppléer autant que nous le pourrons, parce qu'ici les moyens thérapeutiques eux-mêmes doivent être raisonnés. Dans les temps anciens comme dans les temps modernes, les médecins attribuaient, et avec raison, les accidents hystériques à un développement, ou mieux à une excitation anormale du système nerveux, système dont le principal, pour ne pas dire l'unique foyer, chez les femmes, est l'organe utérin; les médecins ont en conséquence cherché à diminuer cette prédominance nerveuse, tantôt par des débilitants, et tantôt par des antispasmodiques qui le plus souvent ne sont réellement que des excitants; que résultait-il de ces deux modes de traitement? Que d'une part les débilitants ne portaient pas leur action sur le système nerveux, que ce n'était pas lui qu'ils débilitaient, mais bien les autres systèmes de l'économie, de telle sorte que le système nerveux n'en prédominait que davantage, tel était souvent l'effet de la diète et des émissions sanguines, qui ne peuvent pas rétablir, dans ces circonstances, l'équilibre des systèmes; d'autre part les antispasmodiques sur-excitaient encore ce système, car rien ne fait moins cesser les spasmes, dit Georget, que les antispasmodiques, et à cette occasion il rappelle que Pomme, le premier, a eu le mérite de proscrire tous ces remèdes prétendues hystériques et antispasmodiques, tels que le castoreum, l'éther, le succin, le camphre, l'assa-fœtida, le musc, la valériane, etc., etc.

Que faut-il donc faire pour rétablir l'harmonie, l'équilibre des systèmes de l'économie? Nous avons reconnu que l'hystérie a pour cause immédiate l'excitation du système nerveux, système

qui se trouve en quelque sorte concentré alors vers la matrice. Or, puisqu'il n'y a pas de moyens capables de diminuer directement cette excitation, d'affaiblir ou de calmer le système nerveux, il ne reste que deux sortes d'indications à suivre pour rétablir cet équilibre : 1° prévenir ou écarter avec soin toutes les causes stimulantes du système nerveux ou déterminantes des irritations nerveuses; 2° faire prédominer par l'exercice les autres systèmes, afin de les élever en quelque sorte *au niveau* du système nerveux.

Nous allons disposer les indications données par Georget, suivant la division que nous venons d'établir;

1° *Causes stimulantes à prévenir ou à éloigner:* « Éviter toutes les occasions, toutes les causes » propres à exalter l'imagination, exciter les pas» sions, remplir la tête d'illusions et de chimères; » ne permettre le coucher que lorsque le sommeil » est imminent, et ordonner le lever aussitôt le » réveil, pour empêcher les rêves dangereux de » l'imagination. » (Pour prouver que toutes ces excitations vont converger, pour ainsi dire, vers les organes de la génération comme vers un foyer unique, il nous suffira d'achever la phrase de Georget). « Pour empêcher les rêves dangereux » de l'imagination et *pour* prévenir l'habitude de » masturbation. » (Excitants non moins directs). « Ordonner l'abstinence des boissons stimulantes » telles que le café, le thé, les liqueurs alcooli» ques, etc.

2° *Systèmes de l'économie à fortifier:* « Ordonner » des exercices musculaires journaliers et souvent » poussés jusqu'à la fatigue (on se rappelle la » grande réputation que s'acquit Tronchin en » ordonnant aux dames *de qualité* de frotter elles» mêmes leurs appartements), soumettre les ma» lades à un travail manuel, leur inspirer le goût » des sciences naturelles et des occupations con» tinuelles de l'esprit. » (Ici Georget prouve, contre ses intentions, que l'hystérie, bien différente de l'hypochondrie, n'a son point de départ ni dans le développement des fonctions cérébrales, ni dans l'organe chargé de présider à ces fonctions). « Prescrire des bains tièdes en hiver, froids » en été, etc., tels sont les moyens les *plus efficaces* » en pareille circonstance.

Quant aux indications pharmaceutiques, nous ne citerons que le résumé de Georget sur ce point. « On ne doit pas se dissimuler, dit-il, que » dans beaucoup de cas il ne se présente aucune » indication thérapeutique bien caractérisée, et » que la médecine ne peut compter que sur les » secours de l'hygiène et sur les effets du temps. »

§ XVII. C'est avec juste raison que M. Falret pense que le choix des agents thérapeutiques doit être subordonné à la connaissance préalable du siége et de la nature des maladies (de l'hypochondrie et du suicide), et il faut ajouter que si ce précepte est utile dans les médications des autres maladies, il est de rigueur, il est indispensable dans le traitement de l'hypochondrie; c'est ici surtout que, le point de départ une fois bien connu, que, la filiation des symptômes une fois bien appréciée, les indications thérapeutiques se présentent d'elles-mêmes.

Nous allons dire quelques mots du traitement proposé par M. Falret. Si nous ne sommes pas d'accord, avec cet auteur, sur la nature de la lésion primordiale de l'intellect, nous le serons assurément dans beaucoup de points d'application, c'est-à-dire lorsqu'il s'agira d'indiquer les meilleurs moyens de combattre cette lésion. « Le » cerveau est excité outre mesure, dit M. Falret » (*Op. cit.*, 505), l'innervation est irrégulière, il » faut donc s'attacher à modérer son *irritation* et » à régulariser ses fonctions. »

Je me suis assez expliqué dans la section relative à la nature essentielle de l'hypochondrie, pour n'avoir pas à revenir ici sur tout ce que j'avais à dire pour prouver qu'il ne s'agit pas ici d'une irritation cérébrale, et M. Falret lui-même n'a pas conçu son traitement dans le sens de cette prétendue irritation; la preuve en est que, pour arracher le malade à ses fatales préoccupations, ce médecin judicieux propose de véritables excitants cérébraux, mais pour arriver, je le répète, à ce but indispensable, savoir, de ramener le malade, par un traitement intellectuel, à un autre ordre d'idées. Là, en effet, gît toute la difficulté; pourvu que les idées soient *autres*, qu'importe que vous irritiez le cerveau par leur énergie, par leur vivacité, etc., il faut rompre un cercle vicieux, amener un changement, et voilà tout. M. Falret a tellement senti cela que, loin de proposer toute la série des antiphlogistiques pour combattre cette irritation supposée, il propose, et avec beaucoup de sagesse, de gagner d'abord la confiance des malades, afin, dit-il, d'exercer une plus grande *influence* sur leur esprit; et ce médecin, je le répète, a parfaitement raison; il ne s'agit pas ici de *juguler*, à la manière des néophytes du physiologisme, une irritation du tissu cérébral, il s'agit d'obtenir une influence puissante sur l'esprit des malades, le tout pour ramener, ou mieux, pour diriger les forces intellectuelles sur d'autres sujets; *c'est une condition indispensable*; j'emprunte cette expression à M. Falret. « Gardez-vous donc, » poursuit-il, d'opposer votre *sangfroid* à leur » égarement, et l'*indifférence* à leur agitation »; et, en effet, ces moyens essentiellement *sédatifs* en eux-mêmes, et conséquemment propres à opposer aux effets des irritations, ne conviennent pas ici; car au lieu d'irritations, vous avez des convictions profondes à changer, des erreurs dominantes à détruire, des idées exclusives à combattre.

Je dois ajouter que M. Falret, conduit par son bon jugement et par une observation exacte des faits, a émis un principe fécond et éminemment

philosophique. Le voici : « *Exercer l'esprit du* » *malade dans le sens de son délire,* » Si M. Falret avait eu réellement affaire à une irritation, il se serait bien gardé d'émettre cette proposition ; elle n'aurait d'autre effet que d'augmenter cette irritation, car les irritations physiques ne *s'exercent* pas, ne *s'augmentent* pas et ne *s'exaspèrent* pas, le tout pour être ensuite *modérées* et ramenées au type normal. Je partage donc entièrement les idées thérapeutiques de M. Falret, et cependant je ne pars pas du même principe, c'est-à-dire que pour moi les organes ne sont pas irrités ; pour moi il n'y a pas d'altération physique (1).

§ XVIII. Il résulte des remarques critiques que j'ai faites sur les divers traitements conseillés par les auteurs, que des préceptes bons et utiles ont été proposés dès la plus haute antiquité contre l'hypochondrie et contre l'hystérie, mais que ces préceptes étaient, pour ainsi dire, noyés dans un fatras de remèdes absurdes et même dangereux ; il en résulte encore que les phénomènes de ces maladies ayant été imparfaitement analysés dans les siècles derniers, leur traitement s'est ressenti de ce désordre ; en effet, là où on ne voyait que *disparates,* scènes bizarres et *variées,* symptômes incohérents, etc., on ne pouvait proposer, comme moyens thérapeutiques, que des médications désordonnées, bizarres, extraordinaires, trop heureux les malades quand ces moyens n'étaient qu'insignifiants : enfin tout récemment de bons esprits, parmi lesquels je me plais à placer Georget et M. Falret, bien que partis d'un point de départ inexactement déterminé, ont jeté les premières bases du traitement rationnel ; quant à nous, les lecteurs qui ont bien voulu suivre tous nos développements, soit relativement à l'étiologie, soit relativement à la symptomatologie, peuvent déjà pressentir quel ordre nous voulons qu'on adopte dans les médications réclamées par l'hypochondrie et par l'hystérie. Parlons d'abord de l'hypochondrie.

Il est évident que dans la première période le traitement sera tout moral, tout intellectuel; c'est alors surtout qu'il faut s'attacher à combattre l'effet des causes premières, c'est-à-dire des causes que nous avons énumérées dans notre étiologie. Ainsi, les vices du climat seront corrigés par les institutions, ou par une éducation particulière ; les vices de la constitution seront également corrigés par des exercices physiques constants et répétés, etc. Lorsque les causes occasionnelles ont réellement provoqué la première période, c'est, comme je viens de le dire, au seul traitement intellectuel qu'il faut avoir recours, tout en paraissant entrer dans les idées du malade, tout en cherchant avec lui, et minutieusement, la nature de ses maux, non pour l'amener à cette conclusion que tout est dans son esprit, mais plutôt pour le convaincre du peu de gravité de sa maladie.

Dans la seconde période, il faut avoir recours à la fois à un traitement intellectuel et à une médication propre à arrêter les névroses, soit que ces névroses affectent les voies digestives, soit qu'elles troublent les fonctions circulatoires ou d'autres appareils.

Le traitement moral sera le même que celui que nous venons d'indiquer pour la première période ; ici surtout il faudra bien se garder de qualifier leurs idées de sensations chimériques, de produits d'une imagination déréglée, etc., etc. ; à cette époque, nous le savons, les hypochondriaques sont réellement malades, ils ont besoin d'être régulièrement traités.

Le traitement de la seconde période sera donc un traitement combiné. Quant aux moyens à employer pour s'opposer aux névroses, on les trouve consignés dans tous les ouvrages de pathologie aux articles gastralgies, entéralgies, palpitations, névralgies, etc., etc., il serait inutile de les répéter ici. Quant au traitement moral, on ne peut guère donner que des préceptes très-généraux ; ce traitement est proprement une question de jugement de la part du médecin ; il faut beaucoup de tact, beaucoup de pénétration pour savoir à propos le modifier en raison du caractère des malades et de la tournure de leurs idées ; le médecin ne peut guère prendre alors conseil que de lui-même, et cela sur-le-champ, interpellé qu'il est souvent par les hypochondriaques sur les questions les plus délicates. Je dois le dire ici, il n'appartient qu'au médecin philosophe de traiter ces sortes de maladies ; les matières médicales et toutes leurs richesses pharmaceutiques sont vaines alors, c'est l'influence d'un esprit *droit* et *adroit* sur un esprit inquiet, soupçonneux et irritable, qui doit seule avoir de l'efficacité.

On sent déjà que la troisième période réclame d'une part un traitement encore intellectuel, puisque tout reste sous la dépendance de l'intellect vicieusement affecté, et d'autre part un traitement dirigé contre les diverses lésions organiques ; malheureusement ce dernier traitement n'est le plus souvent que *palliatif;* la tendance des lésions organiques est presque toujours essentiellement fâcheuse ; mais cette période ne survient pas aussi fréquemment qu'on pourrait le craindre ; les hypochondriaques s'y croient presque toujours arrivés ; un examen attentif des organes prouve, dans la plupart des cas, qu'il n'en est rien encore. Nous répéterons ici ce que nous avons dit tout-à-l'heure pour la seconde période ; le traitement spécial de chacune des lésions organiques se trouve dans tous les traités de médecine, et surtout dans quelques bonnes monographies ; on pourra les consulter à l'occasion : le traite-

(1) Les idées toutes philosophiques de MM. Falret et Voisin ne sont pas seulement bonnes en théorie, elles ont aujourd'hui pour elles la sanction de l'expérience, comme le prouvent les résultats obtenus dans le bel établissement de Vanvres fondé par ces deux médecins.

ment moral reste le même, nous en avons en quelque sorte jeté les bases ; c'est à l'esprit du praticien à faire le reste, dirigé qu'il sera par les diverses circonstances particulières.

§ XIX. Le traitement des deux degrés de l'hystérie doit être autrement conçu que celui des diverses périodes de l'hypochondrie. Il s'agit moins de parler à l'esprit, au raisonnement, que de modifier les impressions éprouvées par le système nerveux : partiellement ou généralement, ce système est surexcité ; sa sensibilité doit être ramenée dans des limites normales ; là gît toute la difficulté. Les indications premières ressortiront aussi de la nature des causes qui auront amené l'hystérie : dans presque tous les cas, il s'agira de soustraire les sujets à certaines impressions trop vives ou essentiellement vicieuses dans leurs résultats. Toutefois, comme il est dans la nature de l'homme de vivre *par* des sensations et *pour* des sensations, surtout dans la moitié *féminine* de son espèce, puisque celle-ci est la plus impressionnable et la plus avide de sensations, le médecin, sous le prétexte de prévenir l'hystérie, ne pourrait pas condamner les sujets à une impassibilité complète ; d'un autre côté, il y aurait ignorance de sa part à consentir à la satisfaction d'un *vœu*, et puis ensuite d'un autre : la médecine est une science essentiellement morale, et fort heureusement la morale ne répugne jamais aux lois de l'hygiène ; elle est avec celle-ci dans une constante harmonie. Le médecin cherchera donc, par une éducation sévère, à s'opposer aux mauvais effets d'une constitution éminemment nerveuse ; il remplacera les impressions propres à *exciter* ces constitutions par des exercices propres à les *fortifier ;* c'est ici proprement une question d'éducation physique. On parle à l'esprit par le moyen des idées, c'est par cette voie qu'on entre, pour ainsi dire, dans le traitement de l'hypochondrie, nous l'avons vu tout-à-l'heure ; on agit sur l'innervation générale en modérant ou en changeant la nature des impressions et par suite des sensations, et c'est ainsi qu'on peut aborder le traitement de l'hystérie. Ici donc il n'y a plus certaines idées à ménager, certaines préventions morales à respecter, le tout pour s'insinuer dans l'esprit des malades et pour obtenir leur confiance ; il faut immédiatement rompre avec tout ce qui tend à vicier le système nerveux. Pour guérir l'esprit, on le ménage, on parlemente, en quelque sorte, avec lui ; pour guérir des organes, on les soustrait immédiatement à l'influence des causes morbifiques ; on fait taire certaines sensations, et puis, comme l'homme, ainsi que je le disais tout-à-l'heure, ne peut vivre sans sensations, on place les malades dans des circonstances telles qu'ils éprouvent des sensations d'une autre nature ; tel est l'esprit des indications générales à suivre dans le traitement de l'hystérie. Pour ce qui est des indications particulières, je renvoie à tout ce que j'ai dit en examinant les moyens accessoires préconisés par les auteurs. En résumé, je pense que tous ces moyens doivent être puisés dans l'hygiène, et je partage l'avis de Georget sur l'inutilité presque constante des moyens pharmaceutiques.

CONCLUSION.

§ XX. Ici se terminent les examens successifs que nous avions à faire des opinions émises par les auteurs sur nos deux maladies, et les réflexions que nous avions nous-même à exposer sur les diverses parties de la question. Malgré l'état encore incertain et peu avancé de la thérapeutique, nous avons vu que la variété des opinions relatives à cette partie résultait presque uniquement des différences qui existent entre l'hypochondrie et l'hystérie. Nous avons donc trouvé les différences de ces deux affections marquées avec plus ou moins de force et plus ou moins d'évidence, mais toujours constantes, dans l'étiologie, dans la symptomatologie, dans les terminaisons, dans la nature essentielle, et enfin dans le traitement.

Nous avons donné beaucoup d'attention aux différences de leur siége et de leurs causes prochaines, parce que ce point nous avait été spécialement indiqué par la Société royale de médecine de Bordeaux. Après avoir heureusement trouvé le lien systématique qui unit entre eux les symptômes de ces maladies, nous avons coordonné leur histoire symptomatique sur des idées positives et très-simples, parce que la Société nous avait fait remarquer, avec juste raison, que « ce point surtout jetait les praticiens dans l'embarras lorsqu'ils voulaient combattre les symptômes qui les accompagnent. (Programme de la Société.)

Peut-être avons-nous traité avec quelque sévérité les opinions de quelques auteurs contemporains ; mais cette sévérité, impartiale comme elle l'est, nous avait été commandée par le texte même de la question proposée par la Société ; on ne nous avait demandé ni éloge ni critique des opinions diverses, mais bien d'en faire un examen comparatif ; c'est ce que nous avons fait ; et, tout en respectant personnellement les auteurs, nous avons cru devoir réfuter sans ménagement ce qu'il y avait d'erroné dans quelques-unes de leurs opinions.

Si ce travail remplit réellement le vœu de la Société royale de médecine de Bordeaux, c'est-à-dire, s'il fixe enfin les idées des médecins sur la question tant controversée de l'hypochondrie et de l'hystérie, je croirai avoir obtenu, selon les désirs de cette compagnie savante, les résultats les plus utiles, puisque le traitement de ces deux maladies devra nécessairement se ressentir de la précision et de l'ordre que j'aurai peut-être apportés dans les idées des praticiens sur ce point de doctrine.

DE L'IRRITATION

ENCÉPHALIQUE

DES ENFANTS,

OU CONSIDÉRATIONS SUR LES CAUSES, LES SYMPTÔMES ET LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DÉSIGNÉE SUCCESSIVEMENT SOUS LES NOMS DE CONVULSIONS INTERNES, DE FIÈVRE CÉRÉBRALE, D'HYDROCÉPHALE AIGUE, D'ARACHNOIDE, ETC., ETC.;

MÉMOIRE LU A L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS,

PAR P. A. PIORRY,

Docteur en médecine, Professeur particulier de Physiologie pathologique, Membre adjoint de l'Académie royale de médecine, Membre titulaire de la Société de médecine et du cercle médical de Paris, Membre associé de l'Académie royale de Madrid, médecin du Bureau de charité du 4e arrondissement.

L'Anatomie et la Physiologie pathologiques nous éclairent sur le siége et les phénomènes des maladies.
La Clinique seule apprend à guérir les affections de nos organes.

AVANT-PROPOS

La connaissance des maladies, essentiellement fondée sur l'anatomie et la physiologie de l'homme sain et malade, a fait, de nos jours, des progrès incontestables. On est parvenu à démêler, dans une série de symptômes déterminés, la source primitive des accidents généraux qui se déclarent. On a vu que l'excitation, l'irritation, la congestion, la phlogose, bornées ordinairement à un organe, quelquefois à un appareil, plus rarement à un système, moins fréquemment encore à plusieurs tissus considérés dans leur ensemble, étaient la cause locale des phénomènes généraux observés. Dès-lors on a été conduit à un traitement plus rationel. Contre des phlegmasies, on a dirigé avec méthode des évacuations sanguines et une médication calmante et émolliente. Mais le mal se trouve trop souvent à côté du bien, et la crainte d'exaspérer les inflammations que l'on voulait combattre a fait souvent renoncer à des moyens dont les siècles et la judicieuse expérience avaient démontré l'efficacité. Les faits que je vais rapporter, et que je crois avoir recueillis sans prévention, me paraissent, par leur nombre et leur importance, justifier l'assertion que je viens d'émettre.

J'ai à regretter de n'avoir pu obtenir l'ouverture cadavérique de la plupart des enfants que j'ai vus succomber; mais c'est ici le désavantage attaché à la médecine de la ville. Si les organes morts pouvaient toujours être interrogés chez les malades que le praticien des cités a le malheur de perdre, il aurait peut-être plus de chances pour concourir au perfectionnement de la science, que le médecin des hôpitaux. Ayant mieux suivi en effet les affections qu'il a sous les yeux, il pourrait réunir sur les circonstances commémoratives des renseignements importants rarement fournis par le malade entré dans un hospice.

Mais ce n'est pas toujours la mort qu'il faut étudier; les symptômes observés pendant la vie peuvent guider aussi le praticien observateur. Hippocrate était grand médecin sans doute, et ce n'était pourtant pas l'autopsie des cadavres qui l'avait dirigé.

L'anatomie pathologique nous a découvert les organes souffrants; grâce à son étude, nous pouvons établir des rapprochements entre les maladies et les désordres qu'elles causent; mais les résultats cadavériques n'indiquent pas complétement le mode de traitement qu'il faut adopter.

La médecine consiste moins à savoir que tel tissu dans tel organe est affecté, qu'à guérir cette affection. L'autopsie cadavérique, dans une observation, m'apprendra le siége de l'altération; elle pourra démontrer l'existence réelle d'une arachnoïdite présumée; sous ce rapport, son degré d'utilité sera incontestable. Elle seule donne donc le complément aux faits recueillis par la clinique; mais repousser comme sans intérêt tout ce qu'elle n'a pas empreint de son cachet, serait à la fois injuste et dangereux.

S'il était possible, le scalpel à la main, d'explorer pendant la vie l'état des viscères, je regarderais comme dépourvues de tout intérêt les observations où l'on ne parlerait pas des lésions que l'œil découvre dans nos tissus divers. Mais, quand on est appelé pour une maladie interne, les fonctions et les organes accessibles à nos sens peuvent seuls être consultés. Les symptômes, *éclairés* d'ailleurs *par les connaissances d'anatomie pathologique préalablement acquises*, sont exclusivement les moyens de diriger le traitement. Eh bien! les accidents que j'ai signalés se rattachent tous à des lésions cérébrales primitives ou secondaires; je les ai traités par des moyens divers, et avec des succès variés. Je crois qu'il est important de publier ces résultats : un praticien appelé dans des cas semblables y trouverait peut-être quelque instruction. Ce ne seraient pas toujours les morts qui lui apprendraient à soigner les vivants. Les ouvrages de MM. Lallemand, Rostan, Parent et Martinet, donnent d'ailleurs les détails d'anatomie qui manquent à la plupart des faits que j'ai cités.

Ces réflexions m'ont engagé à publier ce Mémoire; être utile, est le but vers lequel j'aspire, si je ne l'atteins pas, j'aurai du moins la consolation d'avoir cherché à le faire.

La première partie de ce Mémoire essentielle-

ment clinique contiendra les observations que j'ai recueillies. Je ne donnerai pas les détails journaliers de chacune d'elles, ce qui serait étendre inutilement et péniblement cet opuscule. Je signalerai seulement les circonstances qui me paraissent les plus dignes d'être notées. Je n'insisterai que sur quelques cas qui m'ont paru plus intéressants que les autres, soit sous le rapport des autopsies cadavériques, soit sous celui du traitement.

Dans la seconde partie de ce travail, je tracerai les réflexions pratiques que les faits offerts à mon observation m'ont suggérées.

DE L'IRRITATION

ENCÉPHALIQUE

DES ENFANTS.

PREMIÈRE PARTIE.

CLINIQUE.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Symptômes d'arachnoïdite.—Traitement antiphlogistique et dérivatif.—Terminaison par la mort.

Le jeune M... d, âgé de sept ans, a une intelligence au-dessus de son âge; son frère aîné a succombé *à la fièvre cérébrale.* Le travail de la dentition commence, et est accompagné de quelques accidents gastriques que la diète et l'eau de gomme suffisent pour dissiper. Peu de jours après, le 20 mars 1820, on administre une demi-once d'huile de ricin : le retour à la santé paraît complet.

Le 29, dans la matinée, des convulsions dans la face se déclarent, les pupilles oscillent avec rapidité, les yeux *s'élèvent vers le plafond et y restent sans cesse fixés.* Abolition complète des fonctions des organes des sens et de la perception. Plongé dans un coma profond, l'enfant n'est éveillé ni par les caresses de sa mère, ni par les stimulants appliqués sur la peau; quelques convulsions des yeux, des grincements de dents, des cris plaintifs sont les seuls symptômes qui suspendent par intervalles l'état d'insensibilité de M...d

La face est alternativement d'une pâleur extrême et d'une vive rougeur. Les organes gastriques paraissent être sains; et le pouls, tantôt accéléré, et d'autres fois plus lent, n'offre rien qui soit digne d'être noté.

Sept jours d'une affreuse agonie précèdent la mort que ne peuvent prévenir, ni peut-être même retarder, un très-grand nombre de moyens que je mets successivement en usage.

De nombreuses sangsues derrière les oreilles, des bains généraux, des bains de vapeur, suivant la méthode indiquée par M. Itard, la glace appliquée sur la tête lors de l'injection de la face; des pédiluves chauds, des vésicatoires, des synapismes, un moxa au sinciput, des boissons gommeuses, *des lavements purgatifs*, etc., ne paraissent pas avoir ici une influence marquée sur la marche d'une maladie qui, le plus souvent, est au-dessus des ressources de l'art.

Je ne puis obtenir l'ouverture du cadavre.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Symptômes d'arachnoïdite probablement cérébrale et spinale.—Même traitement. — Terminaison par la mort.

On me fait appeler le 23 janvier 1820, rue

Saint-Germain-l'Auxerrois, pour l'enfant Marvin, âgé de dix-huit mois, qui, depuis quelques jours, éprouve un assoupissement continuel, et dont il n'est tiré un moment que pour retomber bientôt dans le même état. Des vomissements et de la diarrhée ont précédé l'apparition des accidents cérébraux, et les selles sont encore fréquentes et liquides. Le ventre est volumineux et météorisé; la peau est constamment froide.

Les pupilles sont dilatées, *les yeux* du petit malade couché dans son lit *s'élèvent sans cesse vers le plafond*, la tête est fortement fixée sur le rachis, par la contraction de ses muscles extenseurs. La colonne vertébrale entière ne tarde pas à se courber en arrière, les membres partagent cette roideur tétanique, la respiration devient difficile, le petit malade meurt après vingt jours de souffrances.

La diète, les boissons gommeuses, l'application réitérée de sangsues sur l'abdomen et derrière les oreilles, la glace sur la tête, en même temps que des bains tièdes généraux, des vésicatoires aux jambes et aux cuisses, des synapismes aux pieds, dans les derniers temps des frictions ammoniacales sur toute l'étendue de l'épine, etc., n'ont pas entravé le cours de cette fâcheuse affection. Je n'ai pu obtenir l'ouverture, qui eût sans doute fait voir une arachnoïdite de la base et de la moelle épinière.

—

TROISIÈME OBSERVATION.

Symptômes d'arachnoïdite. — Même traitement. — Terminaison par la mort.

L'enfant Chemout, âgé de deux ans, éprouve, au commencement de 1821, des vomissements et de la diarrhée. Les parents, dans une extrême misère, vont consulter le pharmacien, qui, selon l'usage, ne manque pas de *prescrire le sirop d'ipécacuanha.*

Le 4 mai, les symptômes de l'arachnitis se dessinent avec les mêmes traits que ceux auxquels a succombé le jeune Marvin, et le même traitement n'est pas suivi d'effets plus heureux. Seulement, la veille de la mort et jusqu'au dernier moment, une *exophtalmie* de chaque côté se manifeste à un degré très-intense. La durée de la maladie a été de douze jours, à dater de l'invasion des symptômes de l'arachnoïdite.

—

QUATRIÈME OBSERVATION.

Symptômes d'arachnoïdite. — Même traitement. — Terminaison par la mort.

Adolphe P..... y, âgé de cinq mois, d'après ma recommandation positive, a été exclusivement nourri, jusqu'au mois de mars 1820, avec le lait de sa nourrice. Une dent perce les alvéoles. On change le régime. De la bouillie, des potages gras remplacent l'aliment que la nature a destiné à la première enfance; des vomissements se déclarent, la diarrhée survient. Tous les symptômes qu'on assigne d'ordinaire à une arachnitis de la base se dessinent brusquement. Le jeune malade périt en 24 heures.

Les sangsues, les affusions froides, les vésicatoires, les synapismes, etc., prescrits par le docteur Pillien, n'ont pu prévenir, ni même retarder une fatale terminaison.

—

CINQUIÈME OBSERVATION.

Teigne faveuse guérie par la méthode antiphlogistique. — Symptômes d'arachnoïdite cérébrale et peut-être spinale. — Traitement antiphlogistique et dérivatif. — Terminaison par la mort.

Mademoiselle Martineau, âgée de treize ans et demi, est depuis longtemps atteinte d'une teigne faveuse. Elle en a déjà été une fois guérie, mais depuis six mois des croûtes nombreuses collent les cheveux et répandent au loin une odeur fétide. J'obtiens, dans le mois de janvier et dans les premiers jours de février 1821, la prompte disparition de la maladie en la traitant comme une inflammation aiguë du derme. Des cataplasmes et des fomentations émollientes, la section des cheveux déterminent en moins d'un mois la guérison de cette dégoûtante maladie. Un vésicatoire a été depuis longtemps établi au bras, et je le fais entretenir.

Le 17 février 1821 une céphalalgie sus-orbitaire violente se déclare, du délire survient; les artères carotides battent avec force, des soubresauts dans les tendons se manifestent, *les yeux s'élèvent convulsivement vers le plafond*, et y restent fixés pendant quelques minutes; le pouls est dur et fréquent; l'assoupissement, l'insensibilité succèdent à ces symptômes et alternent avec les convulsions; la face pâlit et rougit tour à tour. La vessie cesse de se débarrasser volontairement du fluide qu'elle contient. Je ne m'aperçois de ce dernier accident que lorsqu'une fièvre vive, une agitation extrême, du délire, et des rougeurs circonscrites aux pommettes, m'engagent à rechercher la cause de ces nouveaux symptômes. La sonde évacue l'urine. Un mieux sensible se manifeste; le délire cesse, l'intelligence se rétablit pour quelques moments; mais bientôt l'assoupissement, les convulsions des yeux reparaissent, les pupilles se dilatent, la malade est comme immobile dans son lit, et la mort a lieu dans la nuit du 25 au 26 février. Les parents ne m'ont pas accordé l'ouverture du cadavre.

Sangsues au cou, saignée du bras, puis large vé-

sicatoire sur la tête, dérivatifs vers les extrémités ; tout a été inutile pour remédier à ces terribles accidents.

—

SIXIÈME OBSERVATION.

Gastro-entérite légère. — Symptômes d'arachnoïdite. — Traitement antiphlogistique et dérivatif. — Terminaison par la guérison.

Le jeune Bonnet, rue Saint-Honoré, n° 57, âgé de trois ans, a une intelligence peu développée ; sa tête est très-volumineuse ; il parle avec une extrême difficulté.

Il éprouve, dans le commencement du mois d'octobre 1821, tous les symptômes d'une légère gastro-entérite. M. le docteur Asselin donne au malade les soins les plus éclairés et les plus assidus. Le 5 et le 6 octobre une somnolence d'abord, puis un assoupissement prononcé, et enfin un coma profond accompagné de convulsions, de roulements d'yeux dans les orbites, et de grincements de dents se manifestent. Cet état dure un jour, je suis appelé en consultation par les parents, et conjointement avec le judicieux confrère que je viens de citer, je fais placer douze sangsues derrière les oreilles et à l'épigastre ; de la moutarde est appliquée aux pieds. Le mieux-être est très-prompt, et la disparition des accidents cérébraux a lieu le lendemain. Les symptômes abdominaux, qui n'ont jamais été en raison de ceux dont l'encéphale était le siége, ne tardent pas à céder au traitement approprié.

—

SEPTIÈME OBSERVATION.

Indigestion. — Symptômes d'arachnoïdite. — Eau chaude portée dans l'estomac ; sangsues derrière les oreilles. — Terminaison soudaine par la guérison.

« Le jeune Passoir, demeurant rue Saint-Honoré, » n° 83, à peine parvenu à sa quatrième année, » habituellement pléthorique et robuste, tombe » tout à coup dans l'état le plus fâcheux. Cris » plaintifs, strabisme accidentel et parfois *regard* » *fixe et dirigé vers le plafond*, oscillation convul- » sive de l'iris, contraction spasmodique des mus- » cles des membres, grincements de dents, perte » de connaissance, pouls très-fréquent et très-dur, » injection très-intense des capillaires de la face ; » tels sont les phénomènes qui, se succédant avec » rapidité, semblent indiquer une arachnitis mar- » chant avec la plus effrayante promptitude. Les » mains du petit malade sans cesse portées vers » la tête, la chaleur brûlante dont les téguments » du front sont le siége paraissent justifier ce dia- » gnostic, et démontrer que le cerveau ou ses » membranes sont idiopathiquement affectés.

» Mais les parents m'apprennent que l'enfant » vient de dévorer une grande quantité de patates » et d'autres aliments indigestes ; la région épi- » gastrique est tendue , ballonnée ; la pression » de l'estomac augmente les accidents et provo- » que la nausée ; de l'eau chaude sucrée est don- » née au petit malade, en même temps que des » sangsues sont apposées derrière et au-dessous » de chaque oreille. Des vomissements se décla- » rent ; les aliments que contenait l'estomac sont » rejetés ; l'irritation cérébrale se dissipe, et Pas- » soir est subitement guéri (1) ».

—

HUITIÈME OBSERVATION.

Symptômes d'arachnoïdite. — Intermittence marquée. — Traitement antiphlogistique et dérivatif inutile. — Symptômes d'épanchement. — Lavements avec le quinquina en poudre et en substance. — Terminaison par la guérison.

V. Prot, âgée de quatre ans, demeurant rue de la Bibliothèque, n° 23, d'un caractère excessivement maussade, d'une faible constitution, mais d'une intelligence précoce, éprouva, au commencement de septembre 1821, quelques accidents gastriques et intestinaux, des vomissements, de la diarrhée, qui furent suivis le 7 septembre de céphalalgie sus-orbitaire, d'oscillation des pupilles, d'*élévation des yeux vers le plafond*, d'extension forcée de la tête, et d'un coma profond. Je reconnus tous les symptômes que je n'avais eu que trop de fois l'occasion d'observer. *L'intermittence de la rougeur et de la pâleur* était surtout bien prononcée ; ces symptômes alternaient toutes les vingt minutes à peu près. Une augmentation dans les convulsions ou dans le coma suivait constamment l'injection dont les capillaires de la face devenaient le siége. Les moyens indiqués par les auteurs, tout infructueux qu'ils eussent été jusque-là dans ma pratique, furent cependant mis en usage. Quatre jours se passèrent sans qu'aucun mieux-être fût obtenu. Les rubéfiants, les vésicatoires aux extrémités furent inutiles. Les symptômes étaient portés à un tel degré d'intensité, les signes de l'épanchement, la dilatation de la pupille étaient si fortement prononcés, qu'un praticien justement estimé, M. le docteur Dauyau, ayant eu occasion de voir la malade, jugea le cas tout à fait désespéré.

Je venais de faire appliquer un vésicatoire sur la tête ; j'essayai pour la première fois l'emploi du quinquina injecté dans le rectum.

Saisissant pour administrer l'écorce du Pérou le moment où l'enfant pâlissait, je fis prendre

(1) Observation extraite d'un mémoire sur les sympathies de l'estomac, lu à l'académie royale de médecine en 1822, et inséré dans le journal complémentaire du dictionnaire des sciences médicales, 6e cahier, août 1823.

moi-même à celui-ci deux gros de quinquina gris délayé dans l'eau pure.

Ce fut avec un plaisir bien vif que je retrouvai deux heures après l'enfant beaucoup moins mal ; il n'était plus assoupi ; les convulsions devenaient plus rares ; il témoignait par ses cris éprouver de vives souffrances lorsqu'on touchait aux ulcères résultant de l'application des vésicatoires aux jambes et aux cuisses. De nouvelles injections de quinquina dans le rectum, à la dose d'un gros et demi, puis d'un gros, et d'un demi-gros, furent prescrites le soir et les jours suivants. Quarante heures après l'emploi de l'écorce du Pérou, il n'y avait d'autre accident cérébral qu'une extrême méchanceté que l'enfant a conservée. La plaie des vésicatoires de la tête a été plus de six mois à se cicatriser, et j'aurai bientôt l'occasion de dire qu'il serait peut-être à désirer que cette cicatrice n'eût pas eu lieu.

M. Danyau, que je rencontrai quelques jours après, croyait difficilement à la guérison de la jeune Prot ; je le conduisis près d'elle, et il put se convaincre par lui-même de la réalité du fait.

Mon confrère et mon ami M. le docteur Chantourelle a vu aussi l'enfant en question.

—

NEUVIÈME OBSERVATION.

Symptômes d'arachnoïdite chez un sujet hydropique et atteint d'une gastro-entérite-chronique. — Intermittence prononcée. — Combinaison du traitement antiphlogistique, des dérivatifs, et des lavements de quinquina. — Guérison de l'arachnoïdite. — Mort quelques mois après par suite de la gastro-entérite.

M. Ferté, marchand grainetier, rue Taitbout, me fit appeler dans le courant du printemps de 1822, pour un enfant demeurant rue de Bondy, et qu'on me dit être à l'agonie. Je retrouvai chez lui tous les symptômes qu'avait présentés la jeune Prot ; mais de plus qu'elle il avait une entérite-chronique datant de huit mois, et que l'on avait exaspérée par un traitement incendiaire. Un anasarque général en avait été le résultat.

Tout faisait croire à une mort très-prochaine. Défaut absolu de connaissance, sensibilité presque nulle, convulsions des muscles de la face, yeux roulants dans les orbites, *et fixés souvent vers le plafond*, pupilles dilatées, grincements de dents, etc. : tous ces symptômes alternant avec un coma profond ; rougeur de la face et pâleur à de courts intervalles; tels étaient les principaux symptômes qui se manifestaient depuis vingt-quatre heures et contre lesquels on n'avait rien opposé. Quelque faibles que fussent les chances de succès, quinze sangsues furent appliquées derrière les oreilles, un vésicatoire fut mis sur la tête, le quinquina fut donné en lavement. A ma visite du lendemain matin, je trouvai le jeune enfant assis et jouant sur son lit. La cessation des accidents cérébraux fut complète. J'ai perdu de vue cet enfant, mais j'ai appris depuis qu'il a succombé quelques mois plus tard à l'entérite et à l'hydropisie symptomatique dont il était atteint.

—

DIXIÈME OBSERVATION.

Symptômes d'arachnoïdite. — Traitement antiphlogistique et dérivatif déterminant un soulagement momentané. — Intermittence prononcée. —Lavements avec le quinquina. — Terminaison par la guérison.

La fille de M. B........, tailleur, rue Saint-Honoré, n° 122, âgée de trois ans, éprouve le 2 mai 1822, les mêmes accidents que la jeune Prot et que l'enfant de la rue de Bondy. Il serait en conséquence inutile d'en faire l'énumération. Seulement la petite malade est très-pléthorique, et je fais appliquer un grand nombre de sangsues derrière les oreilles. Les symptômes se calment d'abord, mais se manifestent ensuite avec une intensité nouvelle. Elle paraissait dévouée à une mort certaine, et la maladie datait déjà de trois jours depuis l'apparition des accidents cérébraux ; *je ne fais pas placer de vésicatoire sur la tête*, des synapismes sont appliqués, et j'administre moi-même des lavements de quinquina d'après la méthode qui m'avait déjà réussi. Presque subitement un mieux-être se manifesta, et le lendemain l'enfant est rendue à la santé.

—

ONZIÈME OBSERVATION.

Symptômes d'arachnoïdite. — Combinaison du traitement antiphlogistique et des lavements avec le quinquina. — Terminaison par la guérison.

La jeune Sommereux, demeurant place du Chantre, n° 20, est à peine parvenue à sa troisième année ; son intelligence est développée, sa peau colorée, son caractère gai, et le seul accident qu'elle éprouve est un dévoiement assez considérable dont elle est atteinte depuis l'âge le plus tendre ; elle va habituellement à la selle deux ou trois fois par jour.

Dans la première semaine de janvier 1823, on s'aperçoit que l'enfant est plus triste qu'à l'ordinaire. Elle n'indique pas de douleur fixe ou vive vers une partie déterminée, mais elle se réveille en sursaut au milieu de la nuit, témoigne alors par ses cris éprouver la terreur la plus grande, et tombe bientôt après dans un sommeil agité, quoique assez profond pour qu'il soit difficile de la réveiller.

La face est rouge, les artères carotides battent avec force, l'état des organes gastriques est à peu près le même qu'habituellement. Le 11 janvier, tous les symptômes de l'arachnitis se déclarent avec les mêmes phénomènes que chez les sujets des trois observations précédentes; seulement ils marchent d'une manière plus lente, *et la maladie se manifeste toujours avec la même alternative de rougeur et de pâleur que j'ai déjà signalée.*

Les sangsues appliquées en grand nombre derrière les oreilles et à l'épigastre, les fomentations émollientes sur l'abdomen, les vésicatoires aux cuisses, les synapismes aux pieds, etc., sont employés sans succès; les lavements avec le quinquina en substance sont encore suivis d'effets non moins avantageux, et tout aussi prompts que dans les cas précédents. L'enfant jouit actuellement de la meilleure santé; mais conserve la diarrhée qu'elle n'a jamais cessé d'avoir.

—

DOUZIÈME OBSERVATION.

Symptômes d'arachnoïdite chez un sujet qui en a été guéri une première fois. — Intermittence peu prononcée. — Traitement antiphlogistique et lavements avec le quinquina, ne prévenant pas la mort.

V. Prot, dont j'ai précédemment donné l'histoire (obs. VIII), éprouva, le 28 septembre 1822 et quatre ou cinq mois après la guérison de l'ulcère de sa tête, une éruption anomale et dont il est difficile de préciser la nature. Cependant, comme il régnait alors un assez grand nombre de rougeoles, je crus devoir rapporter à la maladie dont il s'agit la phlegmasie cutanée que j'observai. Je le fis avec d'autant plus de raison que la toux, l'ophthalmie et le corysa qui se manifestaient en même temps, semblaient confirmer ce jugement. Quoi qu'il en soit, l'agitation, le délire qui se déclarèrent, la somnolence qui s'y joignit, me firent craindre la réapparition d'une congestion cérébrale, et je n'avais en effet que trop à la redouter. Le lendemain tous les accidents de la première maladie parurent avec une intensité nouvelle. Seulement *il n'y eut pas d'alternatives de rougeur et de pâleur*. Les évacuations sanguines, les dérivatifs n'eurent aucun résultat avantageux.

Appelé le soir en consultation, M. le docteur Jadelot ne s'opposa pas à l'emploi des lavements avec le quinquina, qui ne réussirent pas mieux que les autres moyens; et la mort eut lieu le lendemain matin 1er octobre, après quatre jours de maladie.

Malgré mes instances réitérées je n'ai pu obtenir l'ouverture cadavérique.

TREIZIÈME OBSERVATION.

Diarrhée suite d'une mauvaise alimentation. — Arachnoïdite de la convexité et de la base. — Traitement nul pendant les premiers jours. — Traitement antiphlogistique combiné avec les lavements de quinquina dans la nuit qui précède la mort. — Autopsie cadavérique. — Nulle trace de gastro-entérite.

L'enfant G...., rue Montesquieu, n° 8, parvenu à son sixième mois, mis en nourrice à quelques lieues de Paris, prend peu de lait, seul aliment qui convienne dans un âge aussi tendre, et est nourri avec des potages, des panades, etc.; il éprouve depuis dix jours une diarrhée opiniâtre. On le ramène à Paris le 1er juillet 1822, dans un état voisin de la mort. Je suis appelé conjointement avec M. le docteur Sarlandière. Le ventre est souple, la langue pâle, la chaleur de la peau peu développée; cependant l'existence de la diarrhée et sa manifestation avant les accidents cérébraux nous font croire que ceux-ci ont d'abord reconnu pour cause une entérite ou du moins une colite. Des fomentations émollientes, de la glace sur la tête, des sangsues sur le ventre et derrière les oreilles, des révulsifs aux extrémités ne calment pas les accidents.

Dans la nuit, et *quoique je n'eusse point remarqué d'alternatives de rougeur et de pâleur*, je propose les lavements avec le quinquina; nous les employons; mais la mort n'en a pas moins lieu quelques heures après leur administration.

L'autopsie cadavérique nous a donné les résultats suivants :

Viscères abdominaux sains. M. Sarlandière assure cependant que la membrane interne de l'estomac est ramollie et épaissie. Pour moi je la trouve dans l'état naturel. Les intestins sont, dit-il, très-rétractés dans quelques points et dilatés par des gaz dans d'autres; mais je ne regarde pas comme des lésions pathologiques ces phénomènes que je crois avoir rencontrés dans tous les cadavres. Il en est ainsi du rectum.

Les appareils respiratoires et circulatoires sont dans leur état physiologique.

La dure-mère est très-adhérente au crâne; deux onces environ de sérosité s'échappent lors de l'incision de cette membrane, qui ne paraît pas être enflammée. Les sinus et les veines de la surface cérébrale sont gorgés de sang.

L'arachnoïde rouge, injectée dans toute son étendue crânienne, est manifestement phlogosée. Elle présente dans quelques points des plaques rouges bien prononcées. L'arachnoïde de la base et du cervelet est également injectée, mais non suppurée ou épaissie. Il n'y a pas de sérosité dans les cavités cérébrales. Le cerveau mou, comme à cet âge, ne présente, non plus que le mésocéphale,

aucune trace d'abcès ou d'épanchement. La cavité du rachis n'est pas ouverte.

—

QUATORZIÈME OBSERVATION.

Travail de la première dentition. — Arachnoïdite de la convexité et de la base. — Point d'intermittence. — Traitement antiphlogistique, dérivatif, lavements avec le quinquina inutiles. — Terminaison par la mort. — Autopsie cadavérique.

Le jeune G., rue Montmartre, n° 109, est âgé de dix mois ; sa constitution paraît robuste, son crâne est très-développé. Allaité par sa mère, il a eu peu d'indispositions. Quelquefois la diarrhée s'est manifestée et paraît avoir été la suite de l'administration de quelques potages qu'on a fait prendre à l'enfant. Son père et sa mère ont le caractère et la physionomie des personnes auxquelles on assigne d'ordinaire le tempérament dit nerveux. M. G. a même les yeux dans un état de roulement et d'oscillation continuelle et convulsive, phénomène d'autant plus remarquable que Monsieur son frère est sujet à la même incommodité.

Deux dents à chaque mâchoire percent les alvéoles du jeune enfant, un peu de diarrhée est accompagnée d'assoupissement, les joues rougissent, une petite toux a lieu. Le docteur Nauche prescrit des demi-lavements et une boisson adoucissante. Cet état dure deux jours. A cette époque et dans la soirée, les symptômes prennent plus d'intensité. Le 27 octobre, à quatre heures du soir, le petit malade se trouve dans l'état suivant :

Langue nette et pâle, abdomen souple et non douloureux à la pression ; la diarrhée a cessé ; quelques vomissements d'un liquide jaunâtre ont eu lieu, la chaleur est douce et halitueuse, le thorax est sonore, point de toux ni de difficulté de respirer, le pouls est très-variable, tantôt très-accéléré et tantôt très-lent.

Assoupissement profond, cris plaintifs. Il faut toucher l'enfant pour le réveiller ; les yeux restent à demi-ouverts pendant le sommeil ; quelques mouvements convulsifs des lèvres se font remarquer ; du reste, nulle oscillation des pupilles. Il paraît, d'après le rapport des parents, qu'il y a eu dans la journée des grincements de dents, et que le regard a été souvent fixe. Les artères carotides battent proportionnellement beaucoup plus fort que la radiale. Contraction tétanique des extenseurs de la tête : prescription de six sangsues derrière et au-dessous de chaque oreille ; vésicatoires aux jambes, rubéfaction des pieds avec l'eau chaude (trois sangsues seulement sont appliquées du côté gauche), lavements avec le muriate de soude.

Contraction spasmodique des muscles des paupières, des lèvres et des membres, cris plaintifs plus prononcés, regard fixe, tête déjetée en arrière, pupilles dans l'état sain. L'enfant est constamment pâle, *point d'alternatives de rougeur et de décoloration de la face.* Les convulsions sont continuelles, réfrigération du tronc et des membres ; un bain tiède y remédie ; glace continuellement appliquée sur la tête ; injection avec trois grains de sulfate de quinine étendu d'eau dans le rectum.

La nuit se passe pendant la durée de ces symptômes et l'emploi de ce traitement. Dans la matinée, l'enfant porte constamment la main sur les gencives ; on applique une sangsue sur la lèvre inférieure ; sa morsure donne beaucoup de sang, *les convulsions cessent d'avoir lieu.*

Dans toute la journée l'assoupissement continue. Cris plaintifs, alternatives de refroidissement et de chaleur, la tête est rasée, *et l'on sent alors par la fontanelle antérieure les battements du cerveau tellement développés qu'il soulèvent le doigt indicateur au moins de la hauteur d'une ligne et demie.* Plus de convulsions, plus de grincements de dents, pouls très-variable et peu de mouvement.

Lavements avec le quinquina en substance à la dose d'un gros dans quatre onces d'eau ; bains généraux pour remédier au refroidissement ; vésicatoires aux cuisses, la rubéfaction des pieds a été suivie de la formation de larges phlyctènes.

Contractions tétaniques des extrémités du côté gauche. On peut difficilement plier le bras, le coma est de plus en plus profond.

Large vésicatoire sur la partie postérieure de la tête. Glace sur la région qui correspond à la fontanelle antérieure. Le lendemain, 29 octobre, le ventre est un peu tendu, surtout inférieurement ; il y a eu quelques vomissements ; trois sangsues et des cataplasmes sont appliqués sur l'abdomen, un lavement avec de l'eau de guimauve procure quelques selles, dans lesquelles on reconnaît un peu de quinquina. Les convulsions reparaissent. Des cris réitérés annoncent de vives souffrances ; la pupille cependant n'est pas plus dilatée qu'à l'ordinaire, l'iris s'épanouit toujours sous l'influence de la lumière, mais le pouls radial s'affaiblit et devient vermiculaire tandis que les battements du cerveau sont très-énergiques. Le râle trachéal survient, la mort a lieu le 29 octobre à quatre heures du soir, sans convulsions, et par un passage peu marqué de l'assoupissement à l'extinction entière de la vie.

—

Autopsie cadavérique.

Aspect extérieur. Crâne spacieux, très-développé vers les régions temporales, front saillant, cadavre pâle, poitrine sonore dans toute son étendue, ventre souple, nulle trace de décomposition putride, embonpoint médiocre.

Appareil digestif. Membrane buccale pâle ; une certaine quantité d'un liquide jaune-verdâtre et visqueux sort de la bouche. Le même liquide se trouve en abondance dans l'estomac, le duodénum, les intestins grêles et les gros intestins. Ceux-ci ne sont pas resserrés ; leur aspect extérieur est pâle ; la membrane interne de l'estomac et des intestins est partout exempte de lésion. Elle n'est pas rouge. Il n'y a pas de vaisseaux notablement injectés ; point d'ulcérations, point de ramollissement, point de ganglions lymphatiques malades dans le mésentère ; le foie est sain. On y trouve seulement un peu plus de sang que d'ordinaire ; la vésicule du fiel contient aussi un peu plus de bile que dans l'état normal.

La rate, la vessie sont exemptes de toute lésion ; cette vessie contient fort peu d'urine.

Appareil respiratoire. Membrane muqueuse laryngienne et trachéale saine, plèvres saines ; poumons crépitants, sans phlegmasie appréciable, sans tubercules, sans hépatisation ; seulement congestion d'un sang noirâtre vers leur région dorsale, effet visible de la pesanteur. (Le cadavre est resté sur le dos.)

Appareil circulatoire. Une once à peu près de sérosité dans le péricarde. Les cavités droites du cœur pleines de sang veineux. On remarque dans le ventricule droit une certaine quantité d'albumine coagulée d'un jaune verdâtre et transparent ; son volume égale celui de l'extrémité du doigt indicateur ; les grosses veines sont gorgées de sang noir.

Appareil des sensations et de la locomotion. La section des téguments de la région occipitale sur laquelle un large vésicatoire a été appliqué montre, dans le tissu cellulaire sous-cutané, une infiltration séreuse de deux lignes d'épaisseur. Le derme paraît cependant aminci. La voûte du crâne est enlevée avec la scie. Une once au moins d'une sérosité claire s'écoule, soit pendant qu'on scie les os, soit lors de leur enlèvement, soit enfin plus tard.

On détache avec précaution le cerveau de la base du crâne ; ses dimensions sont plus considérables que dans l'état sain. De nouvelle sérosité s'écoule. Les nerfs olfactifs, optiques, etc., sont coupés ; mais une abondante sérosité rend souvent cette opération difficile.

Un liquide d'une couleur opaline et d'une consistance moyenne entoure les nerfs optiques dans tout l'espace qui s'étend depuis leur réunion jusqu'aux orbites. Cette substance est logée dans des espèces de cellules, car elle ne s'écoule pas tout d'un coup par l'incision.

L'arachnoïde présente dans la surface crânienne :

1. Des vaisseaux très-injectés dans toute son étendue, seulement elle paraît moins malade vers la région occipitale ;

2. Des vaisseaux plus nombreux et plus injectés encore vers les régions pariétale et coronale ;

3. Un épaississement très-remarquable d'un aspect analogue aux fausses membranes pleurétiques, d'un quart de ligne à une demi-ligne d'épaisseur, d'une couleur grisâtre et verdâtre, de la largeur de la paume de la main, beaucoup plus marqué vers ce centre qui correspond à la partie supérieure de la région coronale gauche, que vers la circonférence qui se continue vers les autres points phlegmasiés mais transparents de l'arachnoïde. Cet état d'opacité se prolonge jusque vers la partie de l'hémisphère gauche contiguë à l'hémisphère droit.

Ce tissu est-il un simple épaississement ou consiste-t-il dans une exsudation sur les surfaces arachnoïdiennes ?

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il paraît se continuer avec le tissu même de l'arachnoïde, et qu'il est impossible, en cherchant à le ratisser, de le séparer de cette membrane.

4. Un épaississement semblable du côté droit, mais moins coloré, moins épais et moins étendu.

L'arachnoïde présente dans la région correspondante à la base du crâne :

1. Une injection remarquable de ses vaisseaux ;

2. Dans les scissures correspondant à la réunion des lobes moyens et antérieurs un épaississement analogue à celui de la voûte, moins large à la vérité, mais aussi épais, et offrant ceci de remarquable, que la lésion est plus considérable à droite qu'à gauche ; ce qui contraste avec l'état de cette membrane observée dans la région de la voûte du crâne.

Point de liquides dans les ventricules. La pie-mère ne paraît pas malade. Les plexus choroïdes sont un peu plus injectés que d'habitude. Cette injection est plus notable à droite qu'à gauche.

Le cerveau est très-mou. Aucune trace d'abcès dans sa substance. Un peu de sang s'échappe de ses vaisseaux lors de sa section.

Le cervelet, sa cavité, ses dépendances ainsi que la moelle allongée paraissent sains.

Le canal rachidien est ouvert. La dure-mère est partout distendue par une grande quantité de sérosité. A la partie inférieure le volume qu'elle présente est au moins aussi considérable que celui du doigt indicateur. Incisée dans toute son étendue, il s'en échappe une quantité de sérosité citrine qui peut être évaluée à une once et demie. L'arachnoïde et la membrane propre présentent à la surface de la moelle une injection admirable de vaisseaux très-déliés. Le cordon médullaire paraît moins consistant que dans l'état sain, et n'offre du reste rien de remarquable.

DEUXIÈME PARTIE.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

1° RÉFLEXIONS SUR LES CAUSES ET LES SYMPTÔMES DE L'IRRITATION PATHOLOGIQUE DE L'ENCÉPHALE CHEZ LES ENFANTS.

1. Les mots nombreux dont on s'est servi pour désigner l'irritation encéphalique chez les enfants, sont une preuve de l'ignorance où l'on était sur le siége et la nature des accidents dont elle est accompagnée. Les uns l'ont considérée comme une affection fébrile essentielle et ataxique ou maligne ; ils l'ont appelée *fièvre cérébrale* (expression que M. Gendrin a encore voulu faire revivre dans ces derniers temps). Cullen l'a classée parmi les apoplexies, sous la dénomination d'apoplexie hydrocéphalique. M. Pinel, qui d'abord avait adopté l'expression employée par Meyserey et M. Chardel, a rangé ultérieurement, et à l'imitation des Anglais, cette affection parmi les hydropisies. Il lui a conservé le nom d'hydrocéphale aiguë, que l'un des modes de terminaison de cette maladie lui avait fait donner. On lit sous ce titre, dans le Dictionnaire des sciences médicales, un excellent article de M. Itard, qui cependant a bien reconnu le siége de la lésion dont il s'agit et sa nature inflammatoire. Les nombreux et importants travaux publiés de nos jours sur les maladies de l'encéphale, et spécialement les judicieux ouvrages de MM. Lallemand, Parent et Martinet, ont fait enfin rapporter à une véritable inflammation de l'arachnoïde, l'affection que le vulgaire désigne sous le nom bizarre de convulsions internes.

2. Faut-il adopter cependant dans toute son étendue la distinction tranchée que l'on a établie de nos jours entre l'arachnoïdite et la cérébrite? Y a-t-il *dans le principe de ces deux affections* une ligne de démarcation tranchée que l'on puisse établir entre elles? Les recherches cadavériques récemment faites tendraient à le faire croire. Les réflexions suivantes, déduites d'une saine physiologie pathologique, sont loin de fournir les mêmes inductions.

3. L'arachnoïde, par elle-même, n'a pas une importance bien relevée dans l'enchaînement de nos fonctions. Ce n'est que par son contact avec le cerveau qu'elle peut agir sur ces dernières ; ainsi ses lésions ne peuvent déterminer d'autres symptômes que ceux qui dépendent de l'altération de l'encéphale. Si l'arachnoïdite est accompagnée de délire, c'est par suite de l'irritation ou de la congestion sympathique qu'elle occasionne dans le cerveau. Si la phlogose des meninges a pour symptômes des contractions spasmodiques, des troubles dans les organes des sens, etc., cela ne peut arriver que par suite de la souffrance de l'encéphale lui-même. Les hypothèses sur la sensibilité qu'on attribuait aux membranes cérébrales sont tombées dans un juste oubli. La douleur serait le seul symptôme qui pût appartenir en propre à l'arachnoïde, et caractériser son inflammation.

4. Il résulte de là que les phénomènes dont l'arachnoïdite est accompagnée ne sont jamais que ceux de l'irritation de l'encéphale ; mais remarquez que celle-ci peut tout aussi bien succéder à la souffrance d'un organe éloigné qu'à celle de la membrane séreuse crânienne et spinale. Les mêmes symptômes pourront donc se manifester dans cette double circonstance, et ils se manifesteront en effet. La seule irritation cérébrale sera certaine ; celle des meninges ne sera jamais que problématique.

5. Un enfant éprouve une indigestion, il a du délire, des convulsions, une céphalalgie insupportable. Ce malade a-t-il une arachnoïdite? non sans doute. Il serait absurde de penser que l'estomac irradiât sur le cerveau par la médiation d'une de ses enveloppes. Mais cet enfant éprouve les symptômes d'une irritation encéphalique déterminée par la stimulation du principal organe de la digestion. (Obs. VII.)

6. Quoi qu'en aient dit les auteurs d'un ouvrage justement estimé sur l'inflammation de l'arachnoïde, il ne faut pas toujours redouter cette grave

affection lorsque chez un malade la douleur sus-orbitaire se déclare avec intensité. S'il en était ainsi, le médecin aurait presque exclusivement à soigner des phlegmasies encéphaliques. Une stimulation légère du cerveau est en effet suivie de céphalalgie. Tout organe malade, irradiant sur l'encéphale, peut occasionner cette stimulation.

7. Ce que je dis de la douleur sus-orbitaire est également applicable au délire, aux convulsions, aux hallucinations, à tous les symptômes des irritations cérébrales. Il n'est pas jusqu'à une paralysie momentanée qui ne puisse être le résultat d'une congestion encéphalique, déterminée par la souffrance d'un organe autre que le cerveau. Madame la comtesse de Saint-M... m'en a offert un exemple remarquable.

—

QUINZIÈME OBSERVATION.

Femme de soixante-dix ans.—Disposition aux affections nerveuses. — Attaque d'apoplexie datant d'une époque reculée, et dont les symptômes ont duré plusieurs jours. — Hernie ombilicale du volume d'un œuf. — Repas copieux. — Préhension d'aliments indigestes suivie immédiatement des symptômes d'apoplexie et de paralysie du côté droit. — Bouche déviée à gauche. — Augmentation de la tumeur herniaire. — Réduction de la tumeur. — Disparition subite des accidents cérébraux.

Madame de Saint-M., demeurant rue Vivienne, n° 8, dont les malheurs n'ont été que trop généralement connus, est parvenue à plus de soixante-dix ans. Son caractère est gai, son imagination vive, sa constitution bonne, sa santé parfaite : seulement elle éprouve fréquemment des symptômes *nerveux*, soit au moral, soit au physique. Elle porte depuis un grand nombre d'années une hernie ombilicale de la grosseur d'un œuf de poule. Cette tumeur est mal contenue par un bandage que madame de Saint-M. porte habituellement ; elle a été atteinte, il y a trois ans, d'accidents apoplectiques qui ont duré pendant plusieurs jours.

Le 1er janvier 1823, madame de Saint-M. prend à son dîner des aliments indigestes et mange peut-être plus qu'à l'ordinaire.

A la fin du repas, difficulté dans la prononciation des mots, vertiges, perte de connaissance, distorsion de la bouche à gauche, immobilité du bras droit ; il n'y a pas de ce côté de contracture ou de mouvements spasmodiques. Aucunes plaintes, aucunes paroles, insensibilité apparente, stertor, pouls très-lent et très-fort, tout annonce enfin une hémorrhagie cérébrale du côté gauche.

Cette circonstance, que la malade venait de prendre son repas, dirige mon attention vers l'épigastre, mais je n'y trouve rien qui soit digne d'être noté.

Explorant avec soin l'état des viscères sousjacents, je trouve le bandage dont j'ai parlé. Je m'informe de l'état antérieur de la hernie, et je recherche quel est actuellement et son volume et sa dureté. Je trouve une tumeur du volume du poing, inégale, rouge-violette, consistante. Jusque-là aucun signe de douleur ou de connaissance n'avait été donné, mais bientôt le toucher de la hernie, et quelques tentatives de réduction sont suivis de gestes exprimant une vive souffrance.

L'état apoplectique durait depuis une demi-heure ; les questions prononcées à haute voix, non-seulement n'avaient pas eu de réponses, mais n'avaient été suivies d'aucun mouvement des yeux, ou du bras droit qui y eût rapport. Après plusieurs tentatives infructueuses, les viscères (qui me paraissent être des anses d'intestins, quelques portions d'épiploon, et peut-être une partie de l'estomac) ; les viscères, dis-je, rentrent avec bruit dans l'abdomen. Presque subitement madame de Saint-M. ouvre les yeux, la connaissance revient, quelques paroles sont prononcées. Quelque temps après, les symptômes de paralysie cessent, l'intelligence et la prononciation se rétablissent dans toute leur intégrité ; le seul accident qui ait persisté pendant plusieurs jours, c'est un caractère acariâtre, tout différent de celui que la malade a habituellement.

La hernie fut maintenue réduite par un bandage approprié. Aucune évacuation de sang ne fut pratiquée. On fit usage de plusieurs bains de pieds ; la diète et un repos absolu furent prescrits pendant quelques jours.

La malade eut pendant la durée de ce court traitement une bronchite légère qui n'eut pas de suite.

Une ceinture élastique et à pelote centrale réunie à une ventrière, et confectionnée par M. Verdier, habile chirurgien herniaire, maintint la tumeur réduite. Le docteur Reis, dont le nom est honorablement connu, a vu la malade au moment où les accidents venaient de se dissiper.

Mon honorable confrère M. Martin Solon et moi, nous venons de voir tout récemment un malade qui, ayant éprouvé une indigestion, eut aussi pendant sa durée tous les symptômes d'une apoplexie et d'une hémiplégie ; ces accidents se dissipèrent dans l'espace d'un quart-d'heure.

8. L'anatomie pathologique apprend, il est vrai, qu'à la suite du délire, de la céphalalgie, etc., *on trouve ordinairement des inflammations évidentes* de l'arachnoïdite, et rien du côté du cerveau. Mais a-t-elle fait toujours mention des cas contraires, c'est-à-dire de ceux dans lesquels ces symptômes s'étant manifestés, l'arachnoïde était saine, et les organes éloignés malades? A-t-elle toujours cité les circonstances dans lesquelles ces mêmes symptômes reconnaissaient pour cause une

maladie exclusive tout à fait à l'encéphale ?

9. Le cerveau, il est vrai, a été trouvé exempt de toute lésion apparente dans beaucoup de cas de cette nature ; mais dans combien de circonstances n'a-t-on pas vu l'irritation causer la mort avant que la phlogose ait eu le temps de se déclarer? Le développement pathologique des vaisseaux dans un organe suppose que celui-ci a été préalablement modifié dans son tissu d'une manière grave. Son action peut donc être altérée lorsqu'il n'y a pas encore phlogose ou inflammation. La texture délicate de l'encéphale est-elle d'ailleurs si bien connue, les nuances de ces états morbides sont-elles donc si bien déterminées que l'on puisse, dans un cas d'arachnoïdite quelconque, assurer que le cerveau est parfaitement sain ?

10. Un malade meurt après avoir longtemps éprouvé des symptômes cérébraux variés. On l'ouvre ; l'arachnoïdite seule est injectée, épaissie, altérée, suppurée. Mais est-ce une raison pour croire que dans les premiers temps de la maladie la lésion ait été ainsi circonscrite ; que la congestion se soit bornée à la membrane et ait épargné le cerveau? non, sans doute, et nous ne pouvons juger par l'examen du cadavre que de l'état des organes malades *au moment de la mort*.

11. L'anatomie pathologique ne fait connaître en général les maladies qu'à leur plus haut degré d'intensité. Rarement trouve-t-elle des occasions heureuses de les étudier dès leur début. C'est après la mort qu'on voit la fausse membrane du crowp, les tubercules dans la phthisie, le ramollissement dans la céphalite, etc. ; mais que savons-nous encore sur les états moins graves qui précèdent les funestes degrés d'affections terribles? que savons-nous sur ce qui se passe dans les premières périodes de ces maladies internes, lorsqu'à l'extérieur de légères affections de la peau, visibles pendant la vie, se dissipent dès qu'elle est éteinte? Nous ne savons rien ou du moins que fort peu de chose ; et ce peu de chose, c'est dans le plus grand nombre des cas l'analogie qui nous l'apprend. L'appréciation exacte des symptômes et des lésions de fonctions sont en effet les seuls moyens qui nous soient offerts pour juger de l'état pathologique des organes profondément placés.

12. Si j'ai donné à mes observations le titre de symptômes d'arachnoïdite, je n'ai donc pas voulu assurer par là qu'elles aient toujours eu rapport à une inflammation des meninges, mais les phénomènes que j'ai signalés se rapportent spécialement à ceux que l'on rattache le plus ordinairement aux lésions de l'arachnoïde.

13. Je crois pouvoir poser en principe :

A. Que tout organe très-irrité peut déterminer une stimulation et une congestion cérébrales accompagnées ou non d'arachnoïdite, suivies ou non d'inflammation ou d'hémorrhagie cérébrale.

B. Que chez les enfants l'excitation pathologique de l'estomac et du tube intestinal est la cause la plus fréquente de l'irritation morbide de l'encéphale (obs. I, II, III, etc.). Ajoutons qu'une mauvaise alimentation peut en conséquence déterminer sympathiquement et par la médiation du tube digestif les accidents cérébraux que j'ai signalés. Aussi les symptômes de l'arachnoïdite se rencontrent-ils très-souvent chez les jeunes enfants auxquels on donne d'autres aliments que le lait de leur nourrice (obs. IV, XIV, etc.)

C. Que le travail de la dentition est une cause très-fréquente d'accidents cérébraux (obs. XIV), ce qui s'explique facilement pas l'extrême douleur dont l'éruption des dents est souvent accompagnée. Une observation consignée dans la quatrième lettre de M. Lallemand, et extraite de l'ouvrage de M. Itard, fait mention d'une odontalgie qui s'est manifestée avant l'apparition d'une affection cérébrale, que le professeur de Montpellier regarde comme primitive à la douleur dentaire. Je ne puis partager l'avis de ce praticien distingué. A mes yeux c'est la violence de l'odontalgie qui a été la source de l'irritation des organes encéphaliques. Il paraît en avoir été ainsi dans un cas remarquable cité par M. Scoutetten (*Journal univers.*, janvier 1823.)

D. Que l'otite interne détermine souvent des phénomènes identiques (observations de Sabatier, de MM. Itard, Lallemand, etc.)

E. Que la suppression de la teigne faveuse peut être suivie de symptômes d'arachnoïdite (obs. V et beaucoup d'autres consignées dans les auteurs.)

F. Que l'irritation de la peau par un exanthême peut être suivie des mêmes accidents. C'est ainsi que dans les rougeoles, les varioles intenses, il est rare que les malades ne délirent pas, etc.

14. Malgré l'assertion de MM. Parent et Martinet, je suis fondé à penser que de tous les âges c'est celui de la première enfance où on rencontre le plus souvent les symptômes d'arachnoïdite. Peut-être aussi à cette époque de la vie l'irritation cérébrale prend-elle ordinairement cette forme tandis que plus tard elle en revêt une différente. Peu de maladies graves sont plus communes chez les enfants très-jeunes que l'affection dont il s'agit ; je l'ai observée plus de vingt fois dans ma pratique, et certes je ne l'ai pas rencontrée à beaucoup près aussi souvent chez les adultes ou les vieillards. Chez ces derniers l'apoplexie s'est bien plus fréquemment offerte à mon observation (obs. XV). Dimensions considérables de l'encéphale, douleurs de la dentition, sensibilité très-développée, impressions nouvelles et multipliées, développement de l'intelligence, estomac et intestins peu accoutumés à la plupart des substances alimentaires qu'on y ingère, etc. ; toutes ces causes réunies, signalées déjà tant de fois, rendent raison de la fâcheuse disposition des jeunes enfants aux affections encéphaliques.

Parmi les symptômes les plus graves que déter-

mine l'excitation cérébrale dangereuse qui fait le sujet de ce Mémoire, il en est un bien fâcheux sur lequel je crois devoir appeler l'attention du praticien observateur, je veux dire un certain roulement d'yeux bientôt suivi d'un regard fixe et dirigé constamment en haut. L'enfant étendu sur son lit ne détourne pas sa vue du plafond, il paraît regarder avec attention et ne voit même pas. Cet état dure quelques secondes. La pupille est alors généralement dilatée, les paupières entr'ouvertes. Avant l'administration des lavements de quinquina, j'ai vu mourir presque tous les enfants qui m'ont présenté ce phénomène sinistre.

16. L'oscillation de la chaleur dans les derniers temps de la vie, chez les enfants qui succombent à une arachnoïdite cérébrale et surtout rachidienne, est un symptôme dont il est bien utile de tenir compte, et bien propre aussi à sanctionner les belles expériences de MM. Brodies et Chossat, relatives à l'influence de la moelle de l'épine sur la calorification. On se rappelle que, chez les animaux sur lesquels a expérimenté ce dernier physiologiste, lorsque la moelle dorsale était attaquée, la chaleur baissait, puis remontait au-dessus de son type initial, ce qui avait lieu à plusieurs reprises. C'est ce que j'ai observé chez beaucoup de malades, mais principalement chez le jeune G... qui était atteint d'une arachnoïdite cérébrale et spinale.

2° RÉFLEXIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT DE L'IRRITATION PATHOLOGIQUE DE L'ENCÉPHALE CHEZ LES ENFANS.

17. Dans la première partie de ce Mémoire, j'ai successivement rapporté quatorze cas d'affections cérébrales. Dans les cinq premières observations, la marche funeste de la maladie n'a pas été entravée par un traitement antiphlogistique et dérivatif. Dans la sixième, la même médication a été suivie d'heureux résultats. Les symptômes d'irritation cérébrale consécutifs à ceux de l'estomac ont cédé dans la septième à des applications de sangsues derrière les oreilles, et à des vomissements provoqués.

18. Dans les huitième, neuvième, dixième et onzième observations, la lésion encéphalique datant déjà d'une époque reculée, remarquable d'ailleurs par une intermittence plus ou moins longue, s'est dissipée d'une manière presque subite, et dans ces cas heureux j'avais employé les lavements avec le quinquina en substance. Dans les trois dernières observations enfin, il n'y avait pas d'alternatives de rougeur et de pâleur, et l'écorce du Pérou n'a été d'aucune efficacité (1).

19. Je ne rappellerai pas tout ce qui a été tenté pour obtenir la guérison des accidents qui font le sujet de ce Mémoire. On sait bien que, dans ce cas comme dans tant d'autres, le nom qu'on a donné à la maladie, plutôt que l'expérience, a dirigé le traitement qu'on a cru indiqué. Tel qui n'y a vu que des convulsions a mis à contribution tous les antispasmodiques des officines ; celui qui la considéra comme une fièvre cérébrale ne manqua pas d'avoir recours aux fébrifuges. Aussitôt qu'on se fut servi du mot hydrocéphale aiguë, voilà que la salivation mercurielle, les bains de vapeur, les diurétiques furent employés, et que l'on préconisa les vésicatoires longtemps appliqués, et dont on se contente de percer la phlyctène sans enlever l'épiderme. Dès que l'on rattacha aux phlegmasies des meninges la maladie qui nous occupe, on mit en usage les applications de glace, les sangsues, les dérivatifs énergiques, etc. ; cette dernière pratique est généralement adoptée. Telle est celle que j'ai suivie, telle sera celle que je suivrai dans un grand nombre de cas, tant que l'expérience ne m'aura pas démontré qu'elle est dangereuse ou sans avantage.

20. Reconnaître le premier foyer de l'irritation, démêler l'organe dont la souffrance détermine la stimulation cérébrale, tel est, dans le traitement des convulsions des enfants, le premier précepte dont le praticien ne doit jamais s'écarter.

21. J'ai déjà fait remarquer que l'appareil alimentaire est, dans le plus grand nombre des cas, la partie dont la maladie primitive détermine ultérieurement celle du cerveau (ss. 13. B.). Cela s'explique facilement par les relations nerveuses multipliées qui unissent le tube digestif et l'encéphale. J'ai vu très-fréquemment la diarrhée précéder de plusieurs jours l'irritation encéphalique (obs. II, III, IV, VI, XI.) C'est au moment où les selles deviennent très-nombreuses et où la fièvre est la plus vive, que les symptômes cérébraux se dessinent. Le jeune M... (obs. Ire) avait eu quelques accidents gastriques, il prend un purgatif ; peu de jours après, l'encéphalite se déclare de la manière la plus effrayante. On avait administré à l'enfant Chemout le sirop d'ipécacuanha immédiatement avant que la maladie cérébrale se fût manifestée (obs. III).

22. Prescrivez donc une diète absolue à un enfant dont les intestins sont irrités. Ce ne sont

(1) L'authenticité des faits précédents ne peut être contestée. La plupart d'entre eux ont eu d'honorables témoins. Le docteur Caran a vu le jeune M..... (observation Ire). Adolphe P.... était mon premier enfant, et le docteur Pillien a bien voulu lui donner des soins (observation IV). Les docteurs Danyau et Chantourelle ont eu connaissance de la première maladie de la jeune Prot (observ. VIII). Le docteur Sarlandière a passé avec moi une partie de la nuit auprès de l'enfant Galimar (observation XII). Le docteur Jadelot a été consulté dans la deuxième maladie de la jeune Prot (observation XII). Le docteur Asselin avait été le premier appelé pour le fils de M. Bonnet (observation VI). Le malheureux Desprez s'est trouvé presqu'en même temps que moi chez le jeune Passoire (observation VII), etc.

pas plus les sangsues que les médicaments qui le guériront; c'est le régime qui lui rendra la santé. C'est agir et fortement agir, que de se borner à défendre l'alimentation ; ce n'est pas faire la médecine expectante, c'est donner aux organes le temps et les moyens de revenir à leur état normal. Quoi qu'on ait pu inférer de l'aphorisme d'Hippocrate, *minimè pueri*, etc., l'homme au premier âge supporte très-bien l'abstinence. Redoutez, en négligeant un moyen aussi simple, de voir la maladie s'aggraver ou se compliquer d'accidents encéphaliques. Quelquefois il suffit de prescrire le lait pour toute boisson et pour unique nourriture. Souvent il faut l'étendre d'eau de gomme et de décoction d'orge ; plus souvent encore il ne faut accorder que de l'eau sucrée toute simple. Deux jours suffisent pour la guérison d'une affection que les aliments entretiennent, que les médicaments aggravent, et que les évacuations sanguines sont loin de toujours guérir.

23. Le régime prophylactique doit varier suivant l'âge; seul aliment de la première enfance, le lait de la femme est préférable à celui des animaux, qui cependant est encore très-convenable, lorsqu'il est étendu d'une certaine quantité d'eau. Nourri de cette manière, rarement l'enfant aura des convulsions, parce que son estomac, ses intestins ne seront pas malades, et n'irradieront pas sur le système nerveux d'une manière fâcheuse.

24. Modérez aussi, s'il est possible, l'irritation des gencives par les dents qui les percent, et celle de la pulpe dentaire, résultat inévitable des progrès de l'éruption des dents. Bien plus souvent qu'on ne le pense l'odontalgie détermine des accidents graves chez l'adulte; que sera-ce donc pour les enfants en proie aux douleurs de la première dentition! quelles angoisses! quelles souffrances! que de causes pour irriter l'encéphale!

25. Mais comment calmer cette irritation? Les narcotiques apaiseront la douleur, mais pour ne pas percevoir cette douleur, le cerveau en sera-t-il moins irrité? faut-il inciser les gencives? mais sont-elles bien le siége de la principale irritation primitive? l'application de sangsues sera-t-elle utile? Je la crois indiquée; mais je ne puis citer qu'un fait, et encore est-il bien peu concluant. Le jeune G... (obs. XIV) cesse d'avoir des convulsions aussitôt qu'on évacue du sang près les dents dont la pulpe est supposée irritée. Le petit malade est momentanément soulagé, mais n'en périt pas moins.

26. Des considérations du même genre sont entièrement applicables à l'otite, à laquelle il importe surtout de s'opposer d'une manière très-active. (Itard, *Traité des maladies de l'oreille*.)

27. Je ne puis mieux faire, relativement aux influences de l'irritation du cuir chevelu par la teigne ou les vésicatoires sur la manifestation des accidents cérébraux, que de citer les symptômes d'arachnoïdite mortels, qui se déclarèrent chez mademoiselle Martineau, peu de temps après la guérison de sa maladie cutanée (obs. V), et la mort de la petite Prot, qui succéda à la guérison des ulcères qu'elle portait à la tête depuis la première affection dont elle avait été atteinte (obs. XII.) Les indications à saisir dans des cas semblables sont trop évidentes pour qu'il soit utile d'y insister.

28. Calmer les fâcheux résultats de l'irritation exanthématique dans la rougeole, la variole, etc.; prévenir la suppression brusque de ces phlogoses; chercher à les ramener vers la peau lorsqu'elles disparaissent brusquement, sont des préceptes si universellement adoptés, que je ferais injure à mes lecteurs en supposant qu'il soit utile de les rappeler.

29. Il est donc vrai que dans le principe l'affection encéphalique est souvent secondaire à une autre lésion d'organe; mais bientôt la maladie du cerveau devient prédominante et celle du premier point d'irritation ne tarde pas à disparaître. Le rôle important que remplit l'encéphale dans les phénomènes de la vie ne permet pas aux symptômes dont il est la source de se manifester à un faible degré. Ceux-ci se succèdent, se combinent, se multiplient, s'accroissent à proportion que la souffrance du viscère continue. L'irritation primitive, le foyer premier de la maladie diminue au contraire en vertu des lois connues de la dérivation. Les symptômes qui caractérisent cette dernière lésion disparaissent, *s'obscurcissent* pendant la durée de ceux dont le cerveau est le point de départ.

30. Une céphalite ou une arachnoïdite primitives sont des maladies qu'on rencontre rarement dans la pratique. Il en est peu, au contraire, que l'on ait plus fréquemment occasion d'observer que des lésions encéphaliques succédant à l'odontalgie, l'otite, la gastrite, l'entérite, etc.

31. C'est inutilement, dans le plus grand nombre des cas, que l'on cherche à calmer la souffrance de l'organe dont l'irritation a déterminé celle de l'encéphale. Dès que celle-ci est franchement dessinée, dès que la maladie secondaire a fait assez de progrès pour que les symptômes cérébraux persistent et deviennent intenses, ceux-ci continuent leur terrible marche quoique l'affection première soit entièrement dissipée. La lésion encéphalique doit donc alors être traitée comme si elle était réellement primitive.

32. L'irritation cérébrale idiopatique chez l'enfant est le plus souvent le résultat d'une chute ou d'une violence extérieure ; sans doute aussi des impressions morales peuvent lui donner naissance, etc. On a tant et si judicieusement écrit sur les causes de la céphalite et de l'arachnoïdite primitives, qu'énumérer celles-ci serait ne rien dire d'utile et moins encore de nouveau. Remarquons seulement que l'on n'a aucun signe, autre que les

symptômes locaux ou les circonstances commémoratives, pour distinguer les lésions encéphaliques, suites d'un coup ou de tout autre accident semblable, d'une phlegmasie cérébrale produite par une cause interne.

33. Idiopathique ou symptomatique, simple ou compliquée, résultat d'une violence extérieure ou d'altérations spontanées survenues dans les organes ; l'irritation cérébrale une fois bien caractérisée, réclame impérieusement, dans ses premières périodes, les évacuations sanguines.

34. Qu'on donne en effet à la maladie le nom que l'on voudra, qu'on adopte telle opinion ou telle autre, toujours est-il qu'une congestion de sang vers le cerveau est ici de toute évidence. La force des battements des artères carotides en est une preuve positive. Chez les enfants très-jeunes, dont la fontanelle antérieure n'est pas encore ossifiée, l'encéphale soulève avec une énergie extrême le doigt qui le touche (obs. XIV), et, grâces aux travaux des physiologistes parmi lesquels M. le professeur Richerand doit être honorablement cité, on sait bien que les mouvements du cerveau sont en rapport avec la circulation qui s'y opère.

35. Les saignées doivent être très-abondantes. Que craint-on en effet de répandre, dans cette circonstance, une quantité de sang un peu considérable? Redoute-t-on la faiblesse générale? mais celle-ci est bientôt dissipée. Le chirurgien ne craint pas de faire pratiquer la phlébotomie cinq ou six fois de suite pour une fracture, et le médecin pourrait se contenter de faire appliquer trois sangsues derrière chaque oreille lorsqu'il s'agit d'une arachnoïdite ou d'une congestion cérébrale? bannissons si l'on veut la théorie, mais consultons du moins les faits. La saignée portée même jusqu'à défaillance est rarement dangereuse. Bosquillon avait une pratique heureuse, celle de Boerhaave comptait de nombreux succès. Je ne crains pas de faire pratiquer de copieuses et de très-copieuses saignées, dans des circonstances où la faiblesse du pouls *radial* est portée très-loin, et ce ne sont pas là les malades que je perds. La maladie une fois détruite, les forces reparaissent avec rapidité. L'abattement, la stupeur, la pâleur, la paralysie, les convulsions qui se manifestent souvent dans le cours des maladies dont je parle, se déclarent, soit qu'on ait saigné, soit qu'on ne l'ait pas fait. C'est la lésion du système nerveux qui est suivie de ces symptômes et non pas l'évacuation de sang que l'on a obtenue.

36. Je crois donc qu'on doit saigner abondamment dans les premières périodes de la congestion cérébrale des enfants, que 20, 30, 40 sangsues et même davantage, qu'une ou plusieurs phlébotomies doivent être pratiquées, qu'en un mot, il faut agir promptement et le faire énergiquement.

37. C'est au moment où les battements du pouls carotidien tombent qu'il faut s'arrêter relativement aux évacuations de sang. J'ai vu la radiale être à peine agitée de quelques faibles pulsations, tandis que les artères du cou soulevaient avec force le doigt qui les pressait. Si le cœur tend à lancer également le sang dans toutes les portions de l'appareil circulatoire, il est certain que les artères ont aussi une action sur le fluide qu'elles contiennent (Béclard). Les organes auxquels elles se distribuent, en irradiant sur elles, leur permettent d'admettre plus ou moins de sang, indépendamment de l'énergie des mouvements du cœur. Ne consulter que le pouls radial dans une maladie est une source de fausses idées sur les moyens à employer.

Il faut rechercher le volume des artères partout où la main peut les rencontrer. C'est plutôt l'inégale distribution du sang dans nos parties qui est la cause des phénomènes morbides, plutôt, dis-je, que les variations survenues dans la masse de ce fluide.

38. C'est encore au moment où le pouls carotidien est un peu moins développé, qu'on peut davantage espérer obtenir une dérivation salutaire par les synapismes, les vésicatoires, etc. Avant cette époque, ces moyens seraient peut-être plus dangereux qu'utiles ; la douleur qu'ils causent suffirait peut-être chez certains sujets pour disposer le cerveau à une congestion sanguine ; croit-on que cette douleur soit sans danger, lorsque déjà cette congestion sanguine existe ? Je ne le pense pas, et, suivant ce que j'ai observé, les dérivatifs *douloureux* ne conviennent pas dans les premières périodes de la maladie. Il n'en est peut-être pas ainsi de ceux dont l'application est accompagnée d'une souffrance nulle ou médiocre. Les ventouses simples, les frictions, sont surtout dans ce cas, ainsi que les applications de linges trempés dans l'eau chaude et les bains de pieds à une température médiocrement élevée.

39. Les pédiluves m'ont paru plus utiles lorsque les jambes sont suspendues dans l'eau, et que les pieds ne touchent pas le fond du vase. Ce procédé que j'emploie souvent me paraît surtout propre à porter les liquides vers les extrémités inférieures. Je ne suis pas partisan des hypothèses mécaniques, mais je crois que dans les mauvaises théories même il y a quelque chose de bon à prendre.

40. J'ai prescrit plusieurs fois l'application d'un large vésicatoire sur la tête préalablement rasée, mais il me serait difficile de dire si je dois rapporter à cette pratique les succès dont elle m'a paru quelquefois suivie. Les résultats que j'ai obtenus sont les suivants : chez mademoiselle Martineau (obs. V), quoique ce moyen parût très-indiqué (ss. 27), il ne fut suivi d'aucun effet avantageux. Il a échoué chez le jeune G... (obs. XIV), mais tous les autres secours de l'art furent, dans ce cas, également inutiles. Un moxa au sinciput ne retarda pas la mort de M.... (obs. Ire.) Un vésicatoire fut

appliqué sur la tête de la petite Prot (obs. VIII), et de l'enfant de la rue de Bondy (obs. IX). Dans ces deux dernières circonstances, le mieux-être fut très-promptement observé, mais j'avais en même temps donné le quinquina en lavements ; ces injections seules, et sans y joindre le vésicatoire, furent suivies d'une amélioration rapide chez les enfants Boulanger (obs. X) et Sommereux (obs. XI), ainsi que dans deux autres cas, dont je vais bientôt parler. (Obs. XVI et XVII.)

41. Les affusions froides (observ. XVIII), les applications de glace déterminent souvent une amélioration subite, surtout lorsque les malades sont en même temps plongés dans un bain tiède, qui entretient du reste une chaleur douce à la peau. Celle-ci, dans beaucoup de cas, a une grande tendance au refroidissement. En général, l'amélioration que les lotions froides déterminent dans l'état des malades est de peu de durée (Parent); il faut souvent y revenir. La glace doit-elle être constamment appliquée? faut-il la placer seulement tous les quarts d'heure, ou toutes les demi-heures pendant dix minutes? Dans ce dernier cas, la réaction ne tarde pas à avoir lieu, et à être suivie de nouveaux accidents. La meilleure manière de s'en servir me paraît être de l'appliquer sur toute l'étendue du crâne lorsque la face devient rouge, et de la faire enlever toutes les fois que la pâleur survient.

42. L'émétique à haute dose est dangereux. Les vomissements qu'il détermine sont suivis d'une congestion sanguine vers la tête ; c'est précisément là le contraire de ce que l'on veut obtenir. Ce médicament pourrait n'être pas sans utilité dans le cas où une irritation cérébrale succéderait à une indigestion (obs. VII) ; toutefois l'eau sucrée chaude et la titillation de la luette suffisent pour provoquer des vomissements abondants. Cette dernière pratique est celle que je suivrais dans des cas semblables. Le tartrite antimonié de potasse à petites doses, et suivant la méthode de Desault, pourrait produire une dérivation salutaire, et on l'administrerait avec avantage si l'estomac et les intestins étaient exempts de lésions. (Lallemand.)

43. Les lavements purgatifs paraissent essentiellement indiqués, soit comme dérivatifs, soit pour remédier à la constipation qui se manifeste fréquemment, et qui pourrait bien avoir quelque influence fâcheuse sur le cerveau malade, puisqu'on le voit, dans l'état sain, déterminer quelquefois des céphalalgies opiniâtres. Ajoutons que l'on trouve souvent un liquide abondant, verdâtre, et visqueux dans les intestins (obs. XIV), qu'il ne serait peut-être pas sans utilité d'évacuer ; les purgatifs et surtout le calomélas pourraient ici avoir quelque avantage. Ils me paraissent offrir bien moins d'inconvénients injectés dans le rectum, qu'administrés par la bouche et portés dans l'estomac. Au reste, j'ai souvent employé les lavements purgatifs, mais j'avais en même temps mis en usage tant d'autres pratiques qu'il me serait difficile de dire le degré d'utilité que j'en ai tiré.

44. Le plus souvent et malgré l'emploi combiné de ces moyens nombreux, la maladie suit sa marche fâcheuse et se termine malheureusement du premier au vingtième jour (obs. Ire, II, III, IV, V, XII, XIII, XIV) ; les symptômes d'épanchement se manifestent le plus souvent avant que la mort survienne. Dans beaucoup de cas cependant les enfants périssent dès les premiers temps, et pendant ou après une convulsion (obs. IV). Presque constamment au-dessus de nos faibles ressources, l'affection dont il s'agit est le désespoir du médecin, qui multiplie en vain toutes les ressources de son art, et qui, découragé, emploie sans espérance, le moxa, le cautère actuel, etc., moyens actifs, sans doute, mais dont l'administration n'est presque jamais couronnée de succès, ce que ne prouvent que trop encore quatre observations d'arachnoïdite aiguë, que M. Claret a traitée sans succès chez des enfants, par la méthode antiphlogistique et dérivative. (*Ann. du cercle médical, juillet* 1822.)

3° RÉFLEXIONS SUR L'EMPLOI DU QUINQUINA DANS L'IRRITATION PATHOLOGIQUE DE L'ENCÉPHALE CHEZ LES ENFANTS.

45. C'est après avoir inutilement tout tenté que, voyant la jeune Prot sur le point d'expirer, j'en parlai à M. Hypolite Cloquet, et que ce médecin distingué me rappela le fait qu'il a consigné dans le nouveau Journal de médecine. Il me fit part de quelques autres observations analogues publiées depuis dans le même recueil, et je me décidai dès-lors à mettre le quinquina en usage.

46. La jeune malade présentait des alternatives de rougeur et de pâleur. Je réussis au-delà de mes espérances. Je fus aussi heureux pour l'enfant de la rue de Bondy (observation IX), chez lequel le même état intermittent s'était fait remarquer. La petite Boulanger m'offrit les mêmes symptômes et les résultats furent les mêmes. Tout avait échoué pour l'enfant de M. Sommereux. Les lavements avec le quinquina furent suivis d'un prompt retour à la santé.

47. Ce n'étaient pas les premières circonstances dans lesquelles j'eusse vu des affections périodiques dont l'encéphale était le siége, céder à l'emploi du quinquina. En 1818, un homme de cinquante ans, demeurant alors à l'hôtel Fleury, rue de la Bibliothéque, éprouvait, à une heure déterminée et tous les deux jours, un accès de manie avec penchant au suicide ; les accidents se dissipèrent subitement après l'administration de l'écorce du Pérou. Mademoiselle A. M......., rue du Four-Saint-Germain, n° 72, avait, à la même époque de chaque journée, une attaque très-forte d'hystérie qui durait plusieurs heures et qui avait résisté depuis plus d'un mois à tous les moyens que j'avais

prescrits. Quelques pilules de sulfate de quinine avaient prévenu le retour de cette affection spasmodique. Ces faits étaient présents à mon esprit, mais n'avaient rien qui pût m'autoriser à profiter des courtes rémissions ou intermissions que j'observais pour donner le quinquina en lavements. C'est donc à M. Hippolite Cloquet que je suis redevable de l'idée de me servir de ce médicament dans les irritations encéphaliques des enfants.

48. Appelé pour la jeune Prot une seconde fois (observation XII), pour l'enfant Galimar (observation XIII), pour le fils de M.G. (observation XIV), je ne découvre pas d'une manière manifeste d'intermittence ou plutôt d'alternatives de rougeur et de pâleur ; je fais administrer les mêmes moyens et la mort n'en a pas moins lieu.

49. D'après les faits précédents, je suis autorisé à penser que dans les circonstances où des alternatives de rougeur et de pâleur se manifestent, on peut espérer que le quinquina en lavements sera suivi d'effets avantageux ; que dans le cas au contraire où les intermittences ne se déclarent pas, on doit fort peu compter sur l'efficacité de l'écorce du Pérou.

50. Maintenant une nouvelle question se présente. Peut-on employer le quinquina en lavements lorsque les symptômes de l'irritation cérébrale ont succédé à ceux de la gastrite ou de l'entérite.

51. Dans les deux sujets que j'ai ouverts il n'y avait pas de phlegmasie gastro-intestinale (observations XIII et XIV). Un grand nombre des observations de MM. Lallemand et Parent prouvent aussi, quoi qu'en ait pu dire M. Scoutetten, que très-souvent l'entérite et la gastrite n'ont pas lieu en même temps que la congestion cérébrale. Dans ces cas le quinquina ne pouvait pas être nuisible. Il aurait même sans inconvénient été donné par la bouche.

52. La portion du tube alimentaire frappée de phlegmasie doit être prise en très-grande considération. S'il y a eu exclusivement des vomissements et de la tension dans la région abdominale correspondant aux intestins grêles, s'il n'y a pas eu de diarrhée, les lavements avec le quinquina peuvent être employés lors de l'intermittence des accidents cérébraux.

53. Faut-il en agir ainsi lorsque des selles nombreuses et liquides font croire à l'existence d'une colite ? Ceci demande une explication.

54. Chez les deux sujets que j'ai ouverts, il y avait une diarrhée intense, et cependant l'autopsie cadavérique a démontré que les organes encéphaliques seuls étaient altérés, que le colon était sain. Comment se rendre raison de ce phénomène ? Je ne veux pas tout expliquer, mais enfin il est bon aussi d'avoir recours aux raisonnements déduits des faits.

55. La digestion stomacale est arrêtée ou entravée lors de la section de la huitième paire (Dumas, Wils. Philips, etc.). Ceci ne peut avoir lieu que par la soustraction de l'influence encéphalique. Est-il donc possible que celle-ci soit altérée, au point où elle l'est, dans l'arachnoïdite sans que l'estomac soit modifié dans sa manière d'être ? Les liquides ou les solides que prennent les malades, la salive, les mucosités même qu'ils avalent, digérés dans l'état physiologique (Magendie), cessent de l'être convenablement dans les cas de congestion cérébrale ; de là, abord de fluides altérés dans les intestins, diarrhée, etc.

56. Qu'on donne à cette explication le degré de confiance que l'on voudra, le fait n'en est pas moins réel : les deux sujets précédents ont eu une forte diarrhée et n'ont pas présenté de traces de colite après la mort.

57. Mais, dans la supposition même de l'existence d'une colite chez un sujet atteint d'encéphalite, faudrait-il toujours s'abstenir de porter un lavement de quinquina dans le rectum ? Je ne suis pas de cet avis.

a. L'inflammation du colon n'est pas d'une gravité comparable à celle de l'encéphale ou de ses dépendances. Ce serait avec avantage qu'on substituerait la première maladie à la seconde.

b. Le rectum est rarement enflammé dans le cas de colite ou d'entérite. Une dose d'écorce du Pérou, suspendue dans une petite quantité de véhicule et poussée très-lentement dans l'intestin, ne dépassera pas ce même rectum.

c. Connaissons-nous bien encore, d'une manière parfaite, le mode d'action du quinquina appliqué sur une partie enflammée, et sommes-nous bien certains que ce moyen augmente constamment la phlogose ? Je ne me prononce pas, parce que j'attends des faits et des expériences pour dissiper à ce sujet tous mes doutes.

58. Comment agit le quinquina dans les cas où son emploi réussit dans l'encéphalite ? Les trois observations suivantes peuvent-elles donner quelques indices pour la solution de la question ?

SEIZIÈME OBSERVATION.

Diarrhée. — Symptômes cérébraux. — Lavements avec le quinquina. — Disparition des accidents encéphaliques. — Réapparition de la diarrhée qui détermine la mort.

L'enfant Rambaut, âgée de vingt-six mois, fille du portier du passage Montesquieu, avait éprouvé, dans le commencement du mois de février 1823, une laryngo-bronchite intense, qui paraissait être le premier degré du crowp, et qui avait cédé à une application de huit sangsues au cou, et d'un vésicatoire sur le thorax.

Le 24 et le 25 avril, elle est atteinte d'un dévoiement qui la force à aller à la selle deux ou

trois fois par jour; les parents continuent à donner des aliments, et se contentent de faire prendre à l'enfant un peu d'eau de gomme.

Le 26, céphalalgie très-vive; grincements de dents.

Le 27, vomissements, cinq ou six selles dans la journée; pouls plein, fort et fréquent; céphalalgie insupportable; face rouge, injectée; artères carotides battant avec force; grincements de dents, contractions spasmodiques des membres; roulements d'yeux, regard fixé vers le plafond; assoupissement, de temps en temps réveil complet; toux, voix altérée, réapparition des accidents du côté du larynx.

Six sangsues au cou, des sinapismes aux pieds, sont suivis d'une respiration plus facile et d'une toux moins forte; les accidents cérébraux continuent.

Le 28 et le 29, même état, roulement des yeux, regard fixé vers le plafond, assoupissement très-profond.

Prescription d'un grand nombre de sangsues derrière les oreilles. *Elles ne sont pas appliquées;* vésicatoire à chaque cuisse.

Le 30, le pouls radial est peu développé; du reste persistance des accidents cérébraux; alternatives de rougeur et de pâleur. La première dure une ou deux minutes; la pâleur persiste un quart d'heure, et est accompagnée de convulsions et d'agitations : le ventre est souple et la langue pâle.

Prescription d'un gros de quinquina en lavement après une rougeur, et continuation du même moyen toutes les trois heures.

Les accidents cérébraux ne se dissipent pas, chez cette malade, d'une manière aussi subite que dans les observations huitième, neuvième, dixième et onzième; mais ils diminuent lentement et successivement. L'agitation devient de moins en moins vive, les convulsions moins fréquentes, l'assoupissement moins profond. Une gradation se fait remarquer dans l'amélioration des symptômes cérébraux, et le 5 mai ceux-ci sont entièrement disparus. L'enfant conserve seulement un caractère très-maussade, et pleure dès qu'on s'approche de lui.

Mais si les accidents nerveux devenaient de moins en moins intenses, les signes de l'irritation abdominale reparaissaient avec une intensité nouvelle. Une fièvre vive se manifestait; dès le 3 mai une diarrhée abondante se déclarait. Je crus devoir cesser alors l'emploi du quinquina, et y substituer des lavements avec la décoction de guimauve : cependant le ventre se distendit par des gaz, et la phlegmasie des gros intestins qui avait commencé la maladie parut devoir la terminer.

Tous les secours de l'art furent inutiles : bains, fomentations émollientes, sangsues sur la partie inférieure de l'abdomen, diète absolue, eau gommée, lavements frais, etc., rien n'empêcha l'amaigrissement progressif, la diarrhée et la fièvre qui entraînaient la jeune Rambaut vers la tombe. L'enfant expira le 14 mai après une courte agonie; mais sans convulsions, sans assoupissement, et ce n'est que dans les derniers moments qu'elle perdit connaissance.

Il eût été bien important d'ouvrir le cadavre; les parents s'y opposèrent.

J'avais prié M. H. Cloquet d'aller voir la malade avant, pendant et après la manifestation des accidents cérébraux; il me l'avait promis, et c'est avec peine que j'ai appris qu'il n'avait pas effectué cette même promesse.

—

DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

Accidents gastriques et intestinaux. — Symptômes d'arachnoïdite. — Intermittence avec le type tierce.—Accès calmés par la méthode antiphlogistique et dérivative.—Retour des accès prévenus par les lavements avec le quinquina.

M. Dupuy, propriétaire à Houdan, avait conduit à Paris sa jeune fille, âgée de trois ans et quelques mois. M. le docteur Jacob, qui avait vu l'enfant à l'hôtel de Nantes, rue Croix-des-Petits-Champs, apprenant que depuis longtemps j'étais le médecin de M. Dupuy, eut la délicatesse de me faire prévenir et de se retirer. Il avait déjà reconnu chez l'enfant les symptômes de l'irritation encéphalique dont je vais tracer l'histoire.

Dans les jours qui suivirent la première quinzaine de juin 1823, l'enfant fut atteint de quelques accidents gastriques et d'un peu de diarrhée, ce qui ne troubla pas sa gaîté et son enjouement habituels.

Dans la nuit du lundi 18 au mardi 19 mai, elle éprouva une agitation extrême, du délire, des mouvements spasmodiques des lèvres et des membres, une céphalalgie sus-orbitaire très-vive; des vomissements s'y joignirent.

A sept heures du matin un assoupissement profond se déclare, la face est injectée, vermeille, le pouls radial et le carotidien sont très-forts; douze sangsues sont appliquées derrière les oreilles, des applications froides sont faites sur la tête, les accidents diminuent, la nuit est tranquille.

Le jour suivant la jeune Dupuy est très-bien : les inquiétudes se dissipent.

Dans la nuit du 20 au 21, réapparition des mêmes accidents que la surveille; l'accès est modéré par un traitement analogue.

Le surlendemain, mêmes accidents et emploi des mêmes moyens.

Le 23, je n'hésite pas à faire prendre le quinquina en lavements à la même dose que dans les cas précédents.

Les symptômes cérébraux ne se manifestent pas de nouveau; mais l'abdomen devient douloureux;

une diarrhée abondante se déclare. La diète, des lavements avec la décoction de graines de lin, des fomentations émollientes, des bains, etc., ne font dissiper ces accidents qu'après 7 ou 8 jours.

Ce fait a beaucoup d'analogie avec celui dans lequel M. H. Cloquet a employé pour la première fois le quinquina en injection dans le rectum. L'intermittence était bien prononcée, l'indication facile à saisir, et je ne doute pas que tout autre praticien que moi n'eût traité comme je l'ai fait cette *fièvre intermittente céphalique*.

—

DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

Homme de 35 ans.—Hémorrhoïdes supprimées. Insolation. — Pendant huit jours céphalalgie insupportable et continue. — Saignées générale et locale. — La maladie prend le type intermittent. — Lavement purgatif inutile. — Lavement de quinquina entre les accès, et pendant la durée de ceux-ci, affusions froides sur la tête. — Guérison de la céphalalgie ; — Hémorrhoïdes tellement enflammées qu'on est obligé de combattre par des sangsues cette nouvelle lésion.

M. Issaly, demeurant rue Ste-Apolline, n° 4, sujet à éprouver des hémorrhoïdes très-douloureuses et quelquefois fluentes, habituellement affecté d'une constipation opiniâtre, a reçu dans son enfance un coup de pierre au front, et depuis ce temps il ressent tous les mois, vers cette partie, une douleur assez vive.

Depuis huit jours les hémorrhoïdes avaient disparu, lorsque le 26 août il s'exposa à l'action d'un soleil brûlant.

Le 27, céphalalgie insupportable, arrachant des cris perçants au malade, se manifestant d'une manière continue, avec quelques paroxysmes irréguliers ; la face est grippée, les muscles orbiculaires des paupières se contractent, lors de la douleur, d'une manière très-énergique, et donnent à la figure du malade un caractère de souffrance que je n'ai vu que chez lui. Cet état, qui dure huit jours, se complique de fièvre, et est accompagné d'une constipation qui résiste aux lavements simples. Le malade ne fait appeler personne et s'impose une diète sévère.

Le 1er septembre on me fait enfin avertir, l'état du malade était celui que je viens d'indiquer, le pouls était dur et serré. M. le docteur Lambert et moi nous prescrivîmes une copieuse saignée et un petit nombre de sangsues à l'anus, des compresses froides sur la tête, des ligatures aux cuisses et des bains de pieds.

Le 2, un peu de diminution dans les souffrances du malade, le pouls carotidien, la veille très-développé, s'était affaibli, le pouls radial paraissait déprimé, l'épigastre était douloureux et tendu. Douze sangsues sont appliquées sur le creux de l'estomac et douze autres à l'anus. Le soir paroxysme considérable.

Le 3, même état que la veille au matin. Le soir, lavement avec trois gros de follicule de séné et une once de miel mercurial ; quelques évacuations, mais le soir augmentation considérable dans les accidents. Le pouls est de nouveau très-dur, quarante sangsues derrière les oreilles. Le 4 au matin mieux être ; le soir, paroxysme. Le pouls carotidien est plus affaibli que la veille. Affusions froides qui soulagent le malade.

Le 5 on profite de l'amendement que les symptômes offrent le matin pour donner le quinquina en lavement à la dose de quatre, de trois et de deux gros, de deux en deux heures. Un faible accès a lieu à une heure et demie. Les affusions froides en bornent la durée.

Le 6, continuation du quinquina en lavement; l'accès est à peu près nul.

Dans la nuit du 6 au 7, des douleurs hémorrhoïdales très-intenses se déclarent, le mal de tête cesse, mais le 8 la région inférieure de l'abdomen paraît tendue. Les tumeurs de l'anus sont alors excessivement gonflées, et le malade en souffre très-vivement.

Les lavements de quinquina jusqu'alors continués, quoiqu'à plus faible dose, sont suspendus ; des cataplasmes émollients, des bains de siége servent à calmer les douleurs.

Mais le 9, nuit agitée, songes effrayants, un peu d'incohérence dans les idées, nouvelles douleurs de tête. Je n'osai plus recourir aux lavements de quinquina, mais comme l'estomac me paraissait sain, je fis administrer successivement trois, deux et un grain de sulfate de quinine, de deux en deux heures. Les accidents cérébraux cessèrent dès lors pour ne plus revenir. Je continuai du reste le lendemain et le surlendemain l'emploi du sel de quinquina. Les hémorrhoïdes devinrent de nouveau très-douloureuses et je fus obligé, quelques jours après, d'y faire appliquer des sangsues pour en modérer la violence. Le malade est actuellement parfaitement guéri.

Je ne sais s'il s'agissait ici d'une arachnoïdite, mais la congestion cérébrale était bien certaine, le danger pressant, et l'action du quinquina et des affusions tout à fait évidente.

59. L'observation de la jeune Dupuy, celle de l'enfant Rambault et de M. Issaly porteraient à penser que le quinquina n'agit que comme un dérivatif énergique. Je suis bien loin cependant d'adopter irrévocablement cette opinion de MM. Broussais et Boisseau. J'attends que de nouveaux faits fixent mes idées sur ce sujet.

60. Toujours est-il que, si ce médicament agit en irritant le gros intestin, cette irritation a une sorte de spécialité relative à la périodicité. C'est inutilement en effet que dans les cas où on a

cru à l'existence de l'arachnoïdite, on a employé des substances beaucoup plus excitantes que le quinquina. Aucune d'elles n'a été suivie des effets remarquables que j'ai cités.

61. Cette remarque se rapporte à tous les cas de fièvre ou d'irritation intermittente dans lesquels on emploie l'écorce du Pérou.

62. Malgré l'assertion de M. Gendrin qui a, dit-il, recueilli 248 faits d'arachnoïdite, parmi lesquels il en a observé un très-grand nombre de la base se manifestant d'une manière intermittente, je ne crois pas que ce caractère puisse être particulier à une lésion organique déterminée. Je me range, au reste, tout à fait de l'opinion du célèbre nosographe français, et je ne pense pas qu'il faille classer les maladies d'après leur type; mais il me semble toutefois que dans le traitement ce type doit être pris en très-grande considération. Rarement voit-on échouer le quinquina dans une affection périodique, quel qu'en soit le caractère. Les inflammations comme les hémorrhagies; les fièvres ainsi que les névroses cèdent fréquemment à l'emploi du quinquina, lorsque la périodicité est bien marquée.

Madame D...x, Palais-Royal, galerie de pierres, éprouvait chaque soir depuis quinze jours un enrouement qui ne se manifestait pas le matin. Quelques pilules de sulfate de quinine préviennent le retour de la maladie, qui la veille avait été portée au plus haut point d'intensité.

63. C'est au moment où la rougeur de la face fait place à la pâleur, que dans l'encéphalite des enfants je crois devoir proposer l'emploi des lavements de quinquina, car c'est probablement alors que la congestion cérébrale est moins intense. Alors aussi l'assoupissement est moins prononcé.

64. Les injections de quinquina dans le rectum sont plus avantageuses chez les enfants que l'administration de ce médicament par la bouche. En effet :

1° On court moins de risque en agissant sur le dernier des gros intestins, que sur l'estomac;

2° Les médicaments ingérés dans le rectum, etc., quoi qu'on en ait pu dire, ont une action non moins énergique que ceux qui sont portés dans le ventricule;

3° Le goût désagréable de l'écorce du Pérou fait que la plupart des enfants ne l'avalent en substance ou en pilules qu'avec une extrême difficulté.

65. J'ai employé le quinquina en poudre. Une seule fois je me suis servi du sulfate de quinine (obs. XIV), je n'ai pas réussi; mais l'écorce même pulvérisée et administrée plus tard n'a pas eu des résultats plus avantageux.

66. Ainsi que MM. Parent et Martinet, qui ont recueilli 140 observations d'arachnitis aiguë, je n'ai pas vu cette affection à l'état chronique, dont l'existence sous cette forme est à tort révoquée en doute par M. Montfalcon. M. Bayle, en effet, a consigné dans sa thèse six observations d'arachnitis chronique co-existant avec l'aliénation mentale.

CONCLUSIONS.

Je conclus des faits précédents :

1. Que pendant la vie d'un malade il est impossible d'affirmer qu'il soit atteint d'une inflammation de l'arachnoïde, puisque les symptômes de celle-ci se rattachent à ceux de l'irritation cérébrale, qui peut elle-même être le résultat de la souffrance d'un organe quelconque.

2. Que d'après les faits nombreux, dont j'ai été témoin, les symptômes de l'arachnoïdite paraissent se rencontrer en ville plus fréquemment chez les enfants que chez les adultes.

3. Que le regard constamment fixé vers le plafond est un des signes les plus funestes de la congestion cérébrale dans le jeune âge.

4. Que la première règle dans le traitement de cette affection est de reconnaître l'organe dont la souffrance est primitive.

5. Qu'il faut largement saigner dans les premières périodes de la maladie, qui fait le sujet de ce Mémoire.

6. Que, dans les irritations cérébrales, ce n'est pas sur l'état général du pouls qu'il faut se diriger relativement à l'emploi de la saignée, mais sur l'intensité des battements du pouls carotidien.

7. Qu'après les saignées, les dérivatifs peuvent être utiles, mais qu'il faut éviter autant que possible ceux dont l'application est douloureuse.

8. Que la meilleure manière d'employer les applications de glace et les affusions froides, est de les mettre en usage pendant le temps où la congestion cérébrale devient plus intense.

9. Que les symptômes d'irritation encéphalique présentent le plus souvent une sorte de périodicité marquée par des alternatives de rougeur et de pâleur.

10. Que dans ce cas, le quinquina peut être utile, et que la meilleure manière de l'employer, chez les enfants, est de le donner sous la forme d'injections dans le rectum.

11. Que ces injections doivent être faites au moment où la rougeur de la face est remplacée par la pâleur.

12. Que dans certains cas de complication de gastrite ou d'entérite, il ne faut pas renoncer à l'emploi du quinquina en lavements.

13. Que plusieurs faits porteraient à croire que le quinquina agit ici comme dérivatif.

14. Mais que dans cette hypothèse même cette dérivation aurait quelque chose de spécial, puisque d'autres irritants ne produisent pas un effet semblable.

Je termine ici des réflexions dont l'étendue ne

peut être excusée que par l'importance du sujet. Puissent des faits ultérieurs présenter des résultats aussi heureux que ceux que j'ai obtenus; et puisse l'expérience consacrer les propositions qui forment les corollaires de cet opuscule !

Nota. Aujourd'hui je viens de recueillir un nouveau fait où le quinquina en lavements a réussi dans un cas analogue à ceux qui sont consignés dans les observations VIIIe, IXe, X^e^, etc. Tout porte à croire du moins que le malade, fort mal hier, est actuellement hors de danger. Vingt heures se sont passées sans convulsions. Le docteur Bégin m'a fait le plaisir de voir avec moi cet enfant, âgé de 26 mois, et qui demeure rue de la Bibliothèque, n° 18.

LA CHIRURGIE D'HIPPOCRATE

EXTRAITE

DE SES APHORISMES,

EXAMINÉS SOUS LEUR POINT DE VUE CHIRURGICAL,

AVEC DES COMMENTAIRES

PAR M. GUERBOIS,

Chirurgien de l'hôpital de la Charité et du collége de Louis-le-Grand, membre de l'Académie royale de médecine.

A

M. LE BARON DUBOIS,

PROFESSEUR HONORAIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, ETC.

MON TRÈS-CHER MAÎTRE,

Permettez-moi de vous offrir l'hommage de ce modeste ouvrage, dans lequel vous trouverez en partie le fruit de mes études, de mes méditations et de mes convictions chirurgicales; il vous rappellera, j'espère, les excellents principes que vous donniez chaque jour à vos nombreux auditeurs, dans cet amphithéâtre d'où sont sortis tant d'élèves distingués, tant de praticiens solides, tant d'hommes honorables sous tous les rapports.

J'ai retrouvé un assez grand nombre de ces mêmes élèves aux armées d'Allemagne, de Naples et d'Italie, et partout je les ai vus dignes de leur maître, en faisant honorer sur leur passage la chirurgie française; ils savaient mériter l'estime de leurs chefs et la reconnaissance des blessés confiés à leurs soins.

Aux jours du combat, ces hommes du devoir avaient pour cri de ralliement : *courons à la douleur!* jamais ils n'ont failli à cette noble devise.

Rentrés dans leurs foyers, après les épouvantables désastres de nos armées, ils ont continué de porter la gloire de votre nom dans les pays qu'ils habitent, et par le bien qu'ils font, et par le bien qu'ils méditent. Chaque jour les services qu'ils rendent dans la retraite qu'ils ont choisie, témoignent des bonnes leçons et des excellents exemples qu'ils ont reçus de leur maître.

Permettez-moi d'associer ma reconnaissance à la leur pour vous offrir l'hommage des sentiments d'estime et de dévouement dont ils sont pénétrés, et qui resteront inaltérables.

Je n'ai pas besoin de vous redire, mon très-cher maître, que vous trouverez toujours en moi le plus dévoué de vos élèves.

GUERBOIS.

PRÉFACE.

S'il est vrai que la médecine et la chirurgie doivent être placées les premières parmi les sciences naturelles, et par l'intérêt qu'elles inspirent, et par les services immenses qu'elles rendent chaque jour dans les temps de calamités publiques, certes on ne refusera pas à Hippocrate la place qu'il mérite, et la reconnaissance publique le mettra à la tête de ces génies supérieurs dont la nature est si avare. En effet, nous voyons dans ses immortels ouvrages les résultats de cette précision du coup d'œil, du tact et du jugement, qui constituent l'homme supérieur et capable de surprendre le secret de la nature.

Aussi ses écrits sont-ils remarquables par une série de faits recueillis et classés suivant son admirable esprit d'observation.

Faisant marcher de front la médecine, la chirurgie et les accouchements, cet esprit supérieur embrassait à la fois l'ensemble des études médicales, et proclamait des vérités appuyées sur les faits nombreux qui se présentaient chaque jour à son examen. Une partie de ces vérités se trouvant consignée dans ses aphorismes, j'ai pensé que l'étude de ces mêmes aphorismes, examinés sous le point de vue chirurgical, pourrait offrir de l'intérêt, en confirmant d'une part les assertions contenues dans cet ouvrage, et en signalant d'autre part celles qui se trouvent en contradiction avec les progrès de la chirurgie moderne.

J'ai choisi l'édition publiée en 1821 par M. Demercy, comme une de celles qui a le plus de réputation sous le rapport de l'exactitude. Je n'ai rien changé à la traduction française qu'en a donnée cet éditeur, parce que j'ai voulu respecter son travail.

Lorsque je conçus, il y a quelques années, l'idée de cet ouvrage, que je livre en ce moment au public, j'ai pensé qu'en examinant la chirurgie, pour ainsi dire à son point de départ, et en la suivant jusqu'à nos jours, ce travail présenterait d'autant plus d'intérêt, qu'une série de vérités nouvelles viendraient à l'appui de celles qu'Hippocrate a écrites avec cette plume d'airain dont les traces ont déjà traversé tant de siècles.

Les vérités sont de tous les temps, de tous les lieux ; ce principe incontestable, puisqu'il est consacré par le témoignage des siècles, est surtout exact dans l'étude des sciences naturelles. Dans cette étude, en effet, rien n'est livré à l'imagination ; tout est réel, tout est positif. Pourquoi donc ces sciences marchent-elles si lentement ? c'est qu'il faut, pour les bien étudier, une organisation intellectuelle, essentiellement privilégiée : précision du coup d'œil, du tact et du jugement ; trois qualités rarement réunies, et que la nature avare, dissémine pour ainsi dire à plaisir, afin de se jouer de la faiblesse humaine. Ce n'est qu'à d'immenses intervalles qu'elle consent à créer ces hommes distingués, ces génies supérieurs, dont le vaste cerveau embrasse à la fois toute l'étendue et toute la profondeur de ces sciences admirables, qui donnent le secret et surprennent la marche de la nature dans ses plus belles, dans ses plus magnifiques opérations.

LA CHIRURGIE

D'HIPPOCRATE

EXTRAITE

DE SES APHORISMES.

SECTION PREMIÈRE.

1. La vie est courte, l'art est long, l'occasion passe vite, l'expérience est trompeuse, le jugement est difficile. Le médecin doit non seulement faire ce qu'il convient; il doit encore faire concourir le malade, et ceux qui l'entourent et les choses externes.

1. *La vie est courte.* Il me semble que c'est aussi bien en chirurgie qu'en médecine que l'on peut établir ce principe ; en effet, si l'on pense à toutes les études qui doivent précéder l'exercice de la chirurgie, si l'on pense aux affections nombreuses qui sont de son domaine, chez l'enfant, chez l'adulte, chez l'homme qui a acquis son entier développement, et enfin chez les vieillards, on sera convaincu qu'il faut un laps de temps extrêmement long pour arriver à la connaissance positive de toutes ces affections, pour arriver à la pratique exacte de toutes les opérations qui leur conviennent, pour établir le traitement exigé par ces sortes de maladies, soit dans l'état de simplicité, soit dans l'état de complication, et pour annoncer à l'avance quelles seront les terminaisons de ces différentes affections, en leur appliquant tel ou tel traitement.

L'art est long. Cette vérité incontestable résulte de ce qui est dit plus haut, et je pense qu'il serait inutile d'insister davantage sur ce point qui me paraît mathématiquement démontré.

L'occasion passe vite. C'est encore en chirurgie que cette vérité est surtout évidente ; en effet, dans les plaies des artères qui offrent un certain diamètre, si vous n'arrêtez pas l'hémorrhagie à l'instant même, le blessé sera enlevé en quelques secondes. Dans les hémorrhagies nasales, que l'on peut appeler foudroyantes, le malade succombe promptement, s'il ne reçoit à l'instant même les secours de la chirurgie. Dans l'ischurie, une heure perdue peut déterminer la rupture ou la gangrène de la vessie, et par conséquent la mort du blessé. Dans l'accouchement contre nature , dans l'accouchement laborieux, une minute, une seconde peut et doit décider à la fois de l'existence de la mère et de l'enfant. Dans les blessures des membres thoraciques ou abdominaux, les esquilles, les balles, tous les corps étrangers piquant ou déchirant les filets nerveux, quand ils ne sont pas extraits à l'instant même par le chirurgien, peuvent produire et produiront rapidement le tétanos traumatique, qui, ainsi que l'a très bien observé Hippocrate dans un aphorisme que nous retrouverons plus loin, fait périr le malade du troisième au quatrième jour au plus tard.

L'expérience est trompeuse. En chirurgie, l'expérience ne trompe que ceux qui n'ont pas fait des études assez méthodiques pour avoir des données certaines sur les différentes affections chirurgicales. L'expérience ne trompe que ceux dont l'imagination mobile est rapidement entraînée de sujets en sujets, sans en approfondir aucun. L'expérience ne peut tromper que ceux dont l'imagination ambitieuse a toujours besoin d'inventer des théories extraordinaires qui courent sans cesse après le merveilleux, parce que le merveilleux est un moyen de succès éphémère ; en un mot, l'expérience ne peut tromper que ceux qui sont aveuglés par leur imagination, au lieu d'être dirigés par la force de la raison, par les faits positifs, par les vérités mathématiques. C'est avec la plus grande surprise, je dirai plus, c'est avec un sentiment pénible qu'on voit un chef d'hôpital proclamer en plein amphithéâtre, devant un concours nombreux d'élèves, l'incertitude de la chirurgie, parce que de nombreuses erreurs ont été commises ; mais ces erreurs

prouvent que ces prétendus praticiens pouvaient être des orateurs très-éloquents, mais qu'ils n'étaient pas *chirurgiens*.

Le jugement est difficile. En chirurgie, le jugement est quelquefois difficile ; mais ces difficultés ne se rencontrent guère que dans les affections chirurgicales contenues dans les trois cavités splanchniques. Toutefois, il existe pour l'homme véritablement instruit, pour le praticien qui a suivi pas à pas la marche de la nature dans les efforts qu'elle produit pour combattre les affections de ces cavités, des signes nombreux pour asseoir son jugement. Ainsi, par exemple, dans les contusions portées sur les différents points du crâne, sans aucune lésion apparente, il reconnaîtra aisément les effets de la commotion à l'affaissement général et complet de toute l'économie animale, au moment même où le blessé aura reçu le coup dirigé contre cette région. Il reconnaîtra facilement l'épanchement par la paralysie d'un des côtés du blessé, paralysie qui frappera à la fois et le membre thoracique et le membre abdominal. Il reconnaîtra facilement l'inflammation aux douleurs vives éprouvées par le blessé, aux cris perçants qui lui seront arrachés par les souffrances, à la sensibilité extrême de la vision qui repoussera avec vivacité l'action de la lumière, à la fièvre aiguë qui accompagnera ces mêmes douleurs, aux vomissements symptomatiques produits par l'état pathologique des méninges et du cerveau.

Dans la cavité thoracique, les effets résultant de la contusion seront facilement appréciés par les signes d'inflammation pleurétique, par les signes de l'inflammation du poumon, par une expectoration sanguinolente, par l'apparition subite d'un emphysème. Le cœur pourra offrir de même des symptômes d'inflammation dans ces enveloppes : ainsi une péricardite aiguë, une péricardite chronique, et une hydropisie du péricarde. Quoique ces différents signes soient accompagnés d'une assez grande obscurité dans la plupart des circonstances, cependant il ne me paraît pas possible qu'ils puissent échapper à l'examen, au tact, à la sagacité du praticien véritablement digne de ce nom.

Les affections chirurgicales des organes contenus dans l'abdomen seront de même facilement devinées par le praticien qui examinera avec soin ce qui se passe dans ces cavités, quand elles ont été exposées à des contusions plus ou moins violentes; ainsi, la péritonite, résultat de ces contusions, sera facile à reconnaître par les douleurs qui occuperont toute l'étendue de la cavité, douleurs déchirantes qui seront caractérisées par une fièvre très-intense, et des vomissements fréquents qui sont souvent accompagnés de hoquets rapprochés extrêmement pénibles pour le malade et même pour les assistants. L'inflammation du tube digestif est rarement produite par ces sortes de contusions. Cependant on a vu des contusions de l'estomac et des gros intestins être suivies d'un état inflammatoire qui, après avoir déterminé des points d'adhérence avec les parois abdominales, ont établi des perforations communiquant avec l'extérieur.

Pour le foie, au contraire, il est facilement et fréquemment atteint par les coups portés dans la région qu'il occupe; de là, inflammations vives qui se reconnaissent à une douleur fixe occupant l'hypochondre droit, par des nausées fatigantes, par des vomissements fréquents, mais surtout à la coloration légère en jaune des conjonctives, à la coloration en jaune verdâtre des urines.

Les contusions du foie produisent souvent la mort du blessé presque à l'instant même où le coup a été porté. Dans ce cas, on peut prédire que le malade a succombé à une hémorrhagie abondante produite par la déchirure du foie, déchirure qui paraît ne pas exiger de grands efforts de pression.

Les contusions violentes portées sur la région lombaire pourront déterminer une néphrite appréciable, et par la douleur fixe dans cette région, et surtout par une certaine quantité de sang qui se mêlera aux urines sans toutefois occasionner de douleurs pendant leur émission.

Les contusions dirigées contre la vessie et dans la région sus-pubienne, ne peuvent guère atteindre cet organe que quand il se trouve dans un état de plénitude. Dans ce cas, les effets de cette contusion sont ou une cystite facile à reconnaître par les signes qui la caractérisent, ou une déchirure de vessie laissant épancher dans le bassin et dans l'abdomen toute l'urine apportée par les uretères, ce qui détermine une péritonite, essentiellement et promptement mortelle.

Nous ne parlerons pas du jugement dans les cas de blessures situées hors des cavités splanchniques, car ces lésions étant appréciables et par le toucher, et par la vue, et par l'ouïe, et par l'odorat, il est impossible que ces lésions échappent à l'investigation du chirurgien.

Le médecin doit non-seulement faire ce qui convient; il doit encore faire concourir le malade, et ceux qui l'entourent et les choses externes. Le chirurgien se trouve relativement au blessé dans des circonstances beaucoup plus fâcheuses que le médecin. En effet : quand il s'agit de décider le malade à supporter une opération douloureuse, le chirurgien est obligé d'employer tantôt les moyens de persuasion, tantôt les moyens de terreur pour arriver au but qu'il doit atteindre pour remplir les obligations, souvent bien sévères, que présente la situation du blessé ; mais, je le répète, c'est surtout en entourant le malade d'un vif intérêt, d'une sollicitude bienveillante, en un mot, de tous les moyens de persuasion qui sont à sa disposition, que le chirurgien pourra se rendre maître du moral de son blessé, et obtenir de lui non-seulement une soumission complète, mais encore un désir ardent de rapprocher l'heure de l'opération qu'il appellera de tous ses vœux.

Quant aux moyens hygiéniques, indispensables pour assurer la marche heureuse des plaies après les opérations pratiquées dans les circonstances les plus graves, ils devront tous tendre à procurer aux malades un repos complet sous le rapport physique, et un calme parfait sous le rapport moral.

4. Un régime peu substantiel et trop strict est toujours dangereux dans les maladies longues, et même dans les aiguës où il ne convient pas; pareillement la diète poussée à un extrême degré de sévérité est fâcheuse, car la réplétion poussée au dernier point est dangereuse.

4. En chirurgie surtout, le régime diététique est d'une haute importance pour assurer le succès de ce que l'on entreprend. Le blessé présente-t-il une constitution forte, vigoureuse, pléthorique? La marche de la blessure est-elle aiguë, accompagnée de symptômes inflammatoires ou nerveux? La diète sera sévère, tant que ces mêmes symptômes persisteront. Mais le malade s'affaiblit-il par des suppurations abondantes, par des sueurs copieuses, par un état fébrile permanent; il faut de suite modifier le traitement et commencer un régime alimentaire qui prévienne la prostration des forces et leur extinction.

Cette conduite sera tenue de prime abord si le blessé est d'une constitution faible, soit primitivement, soit à la suite d'une maladie longue, qui l'aura plongé dans un état d'atonie; il faudra prescrire un régime analeptique, qui fournira à la nature et à l'art les moyens d'arriver à une heureuse terminaison.

Le chirurgien ne doit pas oublier surtout qu'un des moyens qui doivent davantage fortifier son blessé, est la force morale qu'il saura lui inspirer; c'est à lui de calmer toutes les inquiétudes de son blessé, de lui inspirer cette confiance qui double et triple les forces du malade, et par conséquent réunit autour de lui les circonstances les plus fécondes en résultats.

6. Dans les maladies très-aiguës, les traitements les plus prompts sont ceux qu'il faut préférer.

6. La chirurgie comme la médecine offre des maladies aiguës; mais les maladies aiguës qui sont du domaine chirurgical, exigent bien plus impérieusement un traitement instantané sans l'emploi duquel le malade serait exposé au danger le plus imminent. Ainsi, par exemple : la fracture du crâne avec l'enfoncement des fragments, exige que ces fragments, qui compriment l'organe encéphalique, soient sur-le-champ enlevés par une opération appropriée à l'état de la blessure. Une hémorrhagie artérielle emporte le blessé en quelques minutes, si elle n'est pas arrêtée à l'instant même. Une hernie étranglée réclame promptement l'opération. L'ischurie exige le cathétérisme le plus tôt possible; les fractures, surtout celles qui sont obliques ou accompagnées d'esquilles, doivent être réduites sur l'heure. Il en est de même des luxations qui sont produites *ex abrupto*.

Dans les différents cas que je viens de citer, la conduite du chirurgien serait coupable, s'il temporisait, s'il perdait une heure, souvent une minute.

7. Lorsque la maladie est très-aiguë, elle a sur-le-champ les symptômes les plus violents; il est alors nécessaire de faire usage de la diète la plus exacte ou la plus ténue. Mais lorsqu'il n'en est pas ainsi, et qu'il est permis de nourrir avec plus de liberté, on se montrera plus indulgent à proportion que la maladie est plus éloignée de l'extrême degré.

7. Dans l'aphorisme quatrième, qui traite du régime des malades, nous avons déjà vu, sous le rapport du traitement chirurgical, que les blessés dont la constitution était vigoureuse, et qui offraient des accidents aigus, devaient être soumis à une diète sévère. Nous avons remarqué que dans les circonstances opposées, c'est-à-dire, en supposant la constitution du blessé faible primitivement, ou affaiblie par une maladie longue et des pertes plus ou moins multipliées, produites par des hémorrhagies fréquentes, par des sueurs abondantes, par des dévoiements opiniâtres, soit enfin par la seule durée de la maladie, l'art devait venir au secours du blessé en combattant son état de faiblesse par un régime alimentaire, dont les propriétés substantielles sont augmentées graduellement jusqu'au moment où les forces du blessé, rétablies de jour en jour, sont enfin revenues à l'état normal.

8. Quand la maladie est dans toute sa vigueur, employez la diète la plus exacte ou très-ténue.

8. Hippocrate, dans cet aphorisme, revient sur des principes de thérapeutique qui nous paraissent démontrés par ce qui précède, avec une telle évidence qu'il est inutile d'insister davantage sur ce point.

9. Mais il faut savoir conjecturer par rapport au malade, si par son régime il pourra soutenir la violence de la maladie, ou s'il sera obligé de céder le premier, et ne résistera point au régime; ou bien la maladie cédera-t-elle et s'affaiblira-t-elle la première?

9. Chez les adultes, et chez les hommes d'un âge

mûr, le sujet atteint d'une affection chirurgicale qui devra être accompagnée d'une suppuration abondante et de longue durée, la nature trouve dans l'énergie de la constitution de ces deux âges des ressources pour fournir à cette suppuration longue et abondante; mais il n'en serait pas de même pour l'enfance et pour la vieillesse. A ces deux époques de la vie, les forces seraient bientôt détruites, et les malades succomberaient si le praticien ne fournissait à la nature les moyens qui lui manquent pour obtenir un heureux résultat. Or, ces moyens consistent dans une diététique proportionnée à la faiblesse des blessés, et aux pertes qu'ils doivent subir par la marche seule de la maladie. C'est dans ce cas surtout qu'il faut pécher par excès plutôt que par défaut, pour prévenir la perte des blessés et assurer une issue favorable à la maladie qui les consume.

10. Lorsqu'une maladie se montre tout à coup avec violence, employez la diète exacte ou ténue; mais si la violence doit avoir lieu plus tard, dans ce temps-là, et un peu avant, retranchez des aliments; au commencement insistez davantage sur la nourriture, afin de soutenir le malade.

10. En chirurgie, on peut facilement apprécier la durée d'une maladie; cette durée doit être calculée d'après la gravité, d'après l'étendue de la blessure; elle doit être calculée d'après l'état pléthorique ou l'état de faiblesse des blessés; elle doit être calculée particulièrement d'après les diverses complications des blessures. Il est donc possible, de prime abord, de décider si la diète doit être absolue, sévère ou modifiée, suivant les diverses indications qui se présentent.

Et, toutes choses égales d'ailleurs, en supposant que nous ayons affaire à des sujets frappés au début d'une campagne, on devine à l'avance que la diète qui sera prescrite par le chirurgien sera bien plus rigoureuse que celle qui serait ordonnée à des soldats de la même armée qui seraient blessés à la fin d'une campagne longue, fatigante, aventureuse et remplie de dangers; pour peu que le praticien ait l'habitude de traiter de pareilles blessures, il est impossible qu'il se méprenne sur le meilleur mode de traitement à ordonner dans ces différentes circonstances.

11. Dans le temps du paroxisme, retranchez toute nourriture, car il serait nuisible alors d'en donner; il faut de même la supprimer dans les exacerbations des maladies dont les accès sont périodiques.

11. Quoique dans les maladies chirurgicales on n'observe pas aussi fréquemment des exacerbations que dans les maladies qui sont du domaine de la médecine, cependant chez les blessés d'une constitution nerveuse, irritable, on rencontre assez souvent de ces exacerbations, qui souvent sont déterminées par l'influence atmosphérique, par l'influence des localités, par l'influence de la grande réunion de blessés dans un même hôpital. Dans ces circonstances, il faut non seulement employer une diète plus ou moins rigoureuse, mais encore il faut combattre les diverses influences qui entourent le malade; mais, à coup sûr, tous les moyens échoueront, si l'on ne se rend pas maître de l'imagination du blessé, si l'on ne domine pas son moral d'une manière absolue pour l'amener à cet état de quiétude qui seul peut préparer et assurer sa guérison.

Cette nécessité est démontrée jusqu'à l'évidence pour tous les chirurgiens militaires, qui ont dû remarquer que les blessures graves étaient bien plus souvent funestes pour les vaincus que pour les vainqueurs, pour les officiers que pour les soldats. Et en effet, l'officier qui rêvait un avenir de gloire et d'avancement rapide, vient d'être arrêté au commencement de sa carrière. La tristesse, le découragement, l'inquiétude qui ne lui laisse plus un instant de calme, aucun instant de repos, est le ferment qui brûle sa constitution, jusqu'à ce qu'elle soit consumée.

Le soldat, au contraire, voit dans une blessure grave, et la gloire qu'il a partagée avec les braves, et la retraite paisible et honorable qu'il a conquise pour la tranquillité, pour le bonheur de tout son avenir.

12. Or, les maladies ainsi que les saisons de l'année et les accroissements des accès périodiques, comparés les uns aux autres, soit qu'ils aient lieu chaque jour ou de deux jours l'un, ou à de plus longs intervalles, feront connaître les paroxismes et leurs constitutions. Cela est aussi indiqué par les épiphénomènes, comme les crachats qui surviennent dans la pleurésie; s'ils paraissent dès le commencement de la maladie, ils l'abrègent; mais s'ils se montrent plus tard, ils la prolongent. Pareillement, les urines, les déjections, les sueurs, annoncent la facilité ou la difficulté de la crise, la longueur ou la courte durée de la maladie.

12. Les constitutions faibles primitivement; celles qui sont affaiblies, soit par des causes physiques, soit par des causes morales, soit enfin par ces différentes causes agissant simultanément, sont particulièrement exposées aux influences atmosphériques, aux influences des saisons.

Ainsi, par exemple, nous voyons au printemps l'enfance souvent atteinte de maladies éruptives; l'été règnent les fièvres gastriques; l'automne les fièvres intermittentes; l'hiver les pleurésies, les péripneumonies, les catarrhes pulmonaires bron-

chiques. Aussi nous voyons les blessés qui sont affaiblis par la fièvre, par la suppuration, par la douleur, par la diète, exposés plus que les autres constitutions qui se trouvent dans les mêmes circonstances, aux influences du printemps, de l'été, de l'automne et de l'hiver. Mais, je le répète, c'est surtout à la fin de l'automne que ces différentes causes ont une influence plus fâcheuse, parce qu'elles trouvent la constitution des blessés affaiblie, souvent exténuée, soit par l'intempérance à laquelle ils se sont abandonnés pendant le cours de la campagne, soit par les fatigues et les privations de toute espèce qu'ils ont dû subir, à la suite des marches longues, pénibles et périlleuses; aussi c'est à cette époque de l'année que nous voyons dans les hôpitaux des blessés frappés de fièvres adynamiques, et particulièrement du typhus qui moissonne nos armées d'une manière épouvantable.

La dyssenterie est une des complications les plus fréquentes et les plus redoutables pour les blessures : on la voit souvent sévir à la fin de l'automne et dans les premières semaines de l'hiver.

On accuse toujours l'été d'être une des saisons les plus favorables à l'invasion de la dyssenterie, et, certes, cette accusation est loin d'être fondée ; car dans cette saison, tout le mouvement vital a lieu, pour ainsi dire, du centre à la circonférence ; la peau dilatée par la chaleur permet non-seulement la perspiration insensible ; mais la sueur plus ou moins abondante qui s'échappe constamment à travers le tissu cutané, est un moyen préservatif de toutes les fluxions qui pourraient menacer les organes contenus dans la cavité abdominale.

Mais, si ce n'est pas l'influence estivale qu'on peut accuser, il n'en est pas de même de l'influence des boissons froides, glaciales, des fruits peu mûrs, de mauvaise qualité, ingérés avec avidité dans l'estomac, et déterminent dans tout le système digestif une irritation spécifique qui est bientôt suivie de relâchement, de dévoiement et de dyssenterie, qui sont d'autant plus graves que les blessés, qui en sont atteints, sont plus épuisés par les fatigues ou les excès de tous les genres, complications qui deviennent promptement mortelles. Si ces mêmes blessés sont réunis en grand nombre dans des salles petites, basses et humides, ces mortalités effrayantes sont le résultat non de l'influence de la saison, mais elles appartiennent surtout à la violation de toutes les lois hygiéniques qui doivent être observées avec la plus grande rigueur, tant que l'atmosphère est chaude et brûlante.

Il faut donc que le praticien soit prévenu à l'avance de tous ces dangers pour préparer les moyens de s'opposer à ces complications funestes, et entourer le blessé des circonstances qui peuvent l'arracher à une mort presque inévitable.

15. L'estomac est naturellement très-chaud en hiver et au printemps, et le sommeil est très long. Il faut donc prendre plus d'aliments dans ces deux saisons, car la chaleur naturelle étant plus grande, on a besoin de plus de nourriture : témoins les jeunes gens et les athlètes.

15. Chez les blessés de tous les âges, le chirurgien doit surtout observer l'intensité des symptômes inflammatoires ; il doit observer la gravité de la blessure et les différents signes qui peuvent faire apprécier la durée de la maladie, et il doit ordonner un régime approprié à ces diverses circonstances. Ainsi l'âge du malade sera beaucoup moins important à considérer que le caractère essentiel de la maladie et sa marche présumée. Chez le jeune sujet, les aliments seront accordés plus facilement ; d'abord parce qu'à cet âge l'estomac est plus exigeant, et qu'il élabore plus facilement et plus rapidement les substances alimentaires qui lui sont confiées. L'alimentation au contraire sera donnée avec réserve aux blessés avancés en âge, et parce qu'ils sont exposés à subir moins de perte, et parce que l'estomac a perdu une partie de son exigence et de son énergie. Chez les jeunes sujets qui présentent facilement des complications inflammatoires, il ne faudra accorder des aliments que quand leur état n'inspirera plus de vives inquiétudes. Car, toutes choses égales d'ailleurs, il y a toujours un plus grand danger à ordonner plus que moins.

16. Le régime humectant convient à tous les fébricitants, mais surtout aux enfants et à ceux qui sont habitués à ce régime.

16. Chez les blessés le régime aqueux, rafraîchissant, débilitant, ne peut convenir que pendant le temps que dure la période inflammatoire, que pendant l'époque à laquelle se prépare, s'établit la suppuration ; mais pour peu que cette suppuration soit abondante et de longue durée, il faut recourir promptement à un régime analeptique, à une alimentation fortifiante qui sera augmentée de jour en jour, selon l'état du malade et selon les diverses indications qui se présenteront. En effet, si l'on considère les premiers jours qui suivent l'état du blessé, la diète sévère à laquelle il est soumis, le long séjour dans un hôpital dont toutes les influences sont débilitantes ; si l'on considère la privation de l'exercice qui est nécessaire au maintien de nos forces ; si l'on joint à toutes ces circonstances physiques l'état moral du malade tourmenté par la douleur, tourmenté sur la terminaison de sa maladie, tourmenté surtout par l'inquiétude d'un avenir incertain, on appréciera facilement la nécessité de combattre toutes ces influences débilitantes par l'emploi de toniques qui puissent rendre par degrés au malade les forces qu'il a perdues. Il faudra surtout agir sur son mo-

ral qui réagit toujours d'une manière si puissante sur sa constitution physique.

18. Dans l'été et l'automne on digère difficilement ; au contraire, on digère très-bien en hiver, puis au printemps.

18. Il est difficile d'admettre des saisons quand il s'agit du traitement auquel doivent être soumis les blessés. En effet, la température des salles qui les contiennent est presque toujours la même; l'hiver, on emploie une chaleur factice; l'été, on diminue l'excès de la chaleur solaire : les variations du printemps et de l'automne n'exercent pour ainsi dire aucune influence sur ces sortes de sujets: ainsi le régime sera entièrement subordonné non à l'exigence des saisons, mais à l'état de santé du malade, à l'époque plus ou moins variable de sa maladie, aux différents phénomènes qui l'accompagnent ou la compliquent, et cela toujours dans le but de réparer les pertes qu'il aura faites, et de ramener ses forces à l'état normal.

19. Durant les accès périodiques, il ne faut rien donner, ne rien forcer, mais soustraire des aliments avant la crise, ou vigueur du paroxysme.

19. Les principes établis dans ces aphorismes peuvent dans un grand nombre de cas être appliqués aux affections chirurgicales ; car dans ces sortes de maladies, il n'est pas rare de voir des exaspérations qui se manifestent plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, tantôt tous les deux jours, tantôt tous les trois jours. C'est un désordre qu'il faut combattre avec persévérance; et l'une des premières armes du chirurgien dans ces circonstances est, sans contredit, une diète sévère ou un régime alimentaire modifié d'après l'intensité, la persévérance, la diminution ou la disparition de ces exaspérations. On a vu souvent dans de pareilles occurrences des imprudences ou des excès dans le régime produire des fièvres longues, des suppurations excessives ; souvent la résorption de cette suppuration, qui, bientôt suivie de fièvre de mauvais caractère, déterminait la mort du blessé, qui elle-même était souvent précédée soit de dévoiement, soit de dyssenterie, soit de sueurs abondantes qui détruisaient en quelques jours les forces du blessé, et amenaient une terminaison funeste.

20. Lorsque la crise se fait, ou lorsqu'elle est faite, il ne faut rien exciter, ne rien innover, soit par des médicaments, soit par d'autres irritants, mais laisser tout en repos.

20. Il est évident que quand la nature se charge seule de la terminaison heureuse des affections médicales ou chirurgicales, ce serait un contre-sens que de vouloir agir dans une direction quelconque. Supposons un érysipèle aigu, occupant toute la face, et que par l'application des simples émollients, employés soit en lotions, soit en cataplasmes, la résolution s'opère d'une manière progressive, d'une manière complète; ce serait, je le répète, un non-sens que de vouloir agir pour obtenir un résultat qui ne serait pas d'accord avec les efforts favorables de la nature. Il en serait de même d'un phlegmon, terminé par résolution ou par suppuration ; il en serait de même de toutes les inflammations qui frappent les organes placés à l'extérieur. Ainsi pour l'inflammation de l'œil, l'inflammation de l'oreille, l'inflammation des testicules, l'inflammation de tous les ganglions lymphatiques : la nature dans ses ressources trouve très-souvent les moyens d'amener une résolution progressive et totale. Il en serait de même des brûlures qui se terminent fréquemment, comme on le dit vulgairement, par avortement ou par le développement de plusieurs vésicules, ou par une suppuration de quelques semaines ou de quelques jours. Ces faits sont incontestables dans la marche d'un grand nombre d'opérations chirurgicales, et le praticien doit s'en souvenir pour régler invariablement sa conduite à cet égard.

22. L'on ne doit purger et émouvoir que les humeurs qui ont subi la coction, et point celles qui sont crues; ni dans le principe, à moins qu'il n'y ait turgescence ; mais ordinairement il n'y a point turgescence.

22. Chez un grand nombre de blessés, surtout à la fin du printemps, pendant tout l'été, et même au commencement de l'automne, les plaies se compliquent d'affections gastriques plus ou moins intenses. Ces affections sont le résultat ou d'excès commis dans le régime alimentaire, ou de privations imposées à l'appareil digestif, ou des variations atmosphériques qui influent toujours d'une manière fâcheuse sur les digestions, ou, ce qu'on observe le plus souvent, l'action de la chaleur portée à un haut degré. Et en effet, l'influence du calorique développé outre mesure et agissant sur l'économie animale imprime aux forces digestives un état de langueur peu propre à opérer une bonne digestion ; et de cette imperfection dans les fonctions de l'appareil digestif résultent des fonctions incomplètes qui nécessitent l'application des moyens évacuants dirigés sans doute toujours avec prudence, mais cependant avec assez d'énergie pour faire disparaître les complications morbides qui amèneraient nécessairement des fièvres d'un mauvais caractère dont l'influence serait surtout funeste et à la marche des blessures, et à la cicatrisation des plaies, et à la guérison des blessés. Toutefois, il ne faut user de ces moyens qu'avec la plus grande sobriété, la plus grande réserve ; car on ne peut pas toujours calculer d'une manière

rigoureuse l'effet d'une substance active portée dans l'estomac ou dans le tube intestinal. Ces moyens pourraient, chez certains sujets, être fort incendiaires et produire en dernière analyse les plus fâcheux résultats.

23. Les évacuations ne doivent pas être jugées d'après leur quantité, mais si elles ont lieu comme il convient, et si on les supporte aisément. Lorsqu'il est besoin de les porter jusqu'à défaillance, il faut le faire, si les forces du malade peuvent y suffire.

23. A la suite des contusions du crâne, des contusions du thorax, des contusions des parois abdominales, le chirurgien doit toujours craindre une inflammation intense, profonde, continue des organes contenus dans ces différentes cavités. En effet, ne voit-on pas tous les jours une chute faite sur un des points de la région crânienne, ou un coup dirigé sur cette région, produire une inflammation des méninges et déterminer promptement la mort du sujet par suite de cette inflammation?

Pour prévenir un danger aussi imminent, le chirurgien emploiera promptement les moyens évacuants qui sont à sa disposition; il les portera même à l'extrême, s'il le juge convenable; car c'est dans cette circonstance orageuse qu'il faut aller plutôt au-delà du but que de rester en deçà. Or ces évacuants consistent: 1° dans la saignée pratiquée largement et répétée autant qu'il sera nécessaire, portée même jusqu'à la syncope. Les autres évacuants seront appliqués au système digestif, soit ingérés dans l'estomac, soit dirigés du côté des gros intestins. Ici pas une minute à perdre, ici est *periculum in morâ;* ici il s'agit d'arracher le blessé à une mort inévitable; ici il faut agir avec toute la rapidité et toute l'énergie qui seules peuvent assurer son salut.

Les contusions dirigées sur la région thorachique peuvent produire la péricardite, la pleurésie, et la péripneumonie, ou bien plusieurs de ces maladies réunies et se compliquant l'une l'autre. Il serait bien ignorant et bien coupable le praticien qui n'aurait pas recours de suite et de prime abord à l'emploi de larges saignées, répétées jusqu'à ce que le pouls soit devenu filiforme, jusqu'à ce qu'il ait enlevé au blessé tous les moyens qui peuvent servir à développer chez lui une inflammation grave, dangereuse, mortelle.

Il en sera de même des contusions dirigées contre les parois abdominales. Nous devons craindre ici, soit une péritonite aiguë, soit une gastrite, soit une entérite, soit une hépatite, soit une cystite, soit une métrite.

En effet, ne voyons-nous pas tous les jours une péritonite être le résultat de ces contusions; ne savons-nous pas que les péritonites marchent rapidement, et produisent en quelques jours la mort du sujet: ou bien laissent après avoir parcouru leur marche aiguë un état chronique qui détermine un épanchement séreux dans la cavité abdominale, et souvent une mort lente survenant après de longues et interminables souffrances. L'estomac, le tube intestinal sont souvent le siége d'un état inflammatoire sur-aigu, succédant à des contusions reçues sur leurs parois. Et certes, s'il est un moyen de prévenir ou d'arrêter la marche de cet état inflammatoire, s'il est un moyen d'obtenir une résolution prompte et complète, nous le trouverons dans l'emploi de ces larges saignées, et des évacuants de toute espèce, agissant progressivement et avec persévérance, jusqu'à ce que l'état du pouls indique que l'orage est apaisé, et que le blessé n'a plus rien à redouter.

Les contusions portées dans la région hypocondriaque droite ont souvent produit des hépatites aiguës profondes, mortelles, primitivement ou consécutivement, si on n'a pas employé de bonne heure les moyens évacuants qui sont à notre disposition.

Les contusions violentes dirigées sur la vessie dans l'état de plénitude, en ont quelquefois déterminé la rupture, et par conséquent ont produit une mort instantanée. Mais lorsque la contusion a borné son influence à déterminer l'inflammation de cet organe, c'est-à-dire, une cystite plus ou moins aiguë, les saignées générales et locales ont, dans un grand nombre de circonstances, produit la résolution complète de cette inflammation qui, sans l'emploi de ces moyens, pouvait amener une suppuration fâcheuse, une ulcération formidable, et par l'atrocité des douleurs qu'elle détermine, et par la mort inévitable qu'elle produit lentement au milieu des plus horribles souffrances.

Chez la femme enceinte de plusieurs mois, les contusions, même légères, portées sur la région hypogastrique, détermineront souvent une métrite aiguë qui produira promptement la mort de l'enfant, et par conséquent un avortement accompagné des plus violentes douleurs, et souvent suivies de la perte de la mère, ou du moins, d'un état languissant de cette malheureuse qui finira par succomber à des douleurs longues, qui, quoique intermittentes quelquefois, la conduiront au tombeau après avoir déterminé chez elle, et une fièvre hectique, et un marasme complet.

Tous ces malheurs auraient été évités si, au moment où l'accident est arrivé, le chirurgien avait appliqué les évacuants énergiques, et par les saignées locales, et par les saignées générales, et par tous les moyens qui sont à sa disposition.

24. Il faut purger rarement dans les maladies aiguës, même dans les commencements, et ne le faire que d'après un jugement bien établi auparavant.

24. La recommandation que fait Hippocrate,

dans cet aphorisme, peut s'appliquer parfaitement au traitement des maladies chirurgicales. En effet, en supposant une plaie profonde, d'une étendue large, qui doit produire une suppuration plus ou moins abondante pendant un certain laps de temps, il serait très-fâcheux de porter un purgatif actif dans le système digestif, il serait très-fâcheux de provoquer des déjections alvines abondantes : car ce serait diriger vers le système gastro-intestinal une partie des forces dont la nature a besoin pour préparer et assurer la guérison de la plaie préexistante. Et, en effet, une plaie qui présente les dimensions dont nous avons parlé plus haut, exige que la nature emploie toutes ses ressources pour réunir tous les moyens favorables à une marche simple, progressive et curative.

La plaie qui ne peut être réunie par première intention, comme celle dont il est ici question, doit, du premier au cinquième jour, être le siége d'une inflammation permanente. Or, pour que cette inflammation existe, il faut que la nature la favorise en dirigeant ses forces sur ce point. La suppuration doit succéder à l'inflammation ; mais, pour que la suppuration soit élaborée d'une manière convenable, il ne faut pas que les forces de la nature soient portées vers un autre point par une cause active. Le purgatif drastique agissant sur la muqueuse intestinale produirait ici le même effet que le travail opiniâtre d'une imagination ardente qui, en concentrant toutes les forces vers le cerveau, trouble la marche des plaies par cela seul que toutes les forces de la nature sont dirigées vers l'organe cérébral. Ainsi, physiquement et moralement, toutes les causes qui agissent fortement dans un lieu éloigné de la plaie, troublent sa marche, retardent sa cicatrisation, et souvent compromettent l'existence du blessé.

Ce que nous disons ici des drastiques ingérés dans l'estomac et le tube intestinal, peut s'appliquer rigoureusement aux excès dans le régime alimentaire, car une ou plusieurs indigestions agissent à l'instar des purgatifs ; elles peuvent et doivent avoir des résultats aussi funestes.

25. Si l'on évacue ce qui doit l'être, cela est utile, et on le supporte aisément, mais difficilement si c'est le contraire.

25. Nous trouvons dans cet aphorisme le précepte très-sage de ne provoquer chez le blessé que des évacuations indispensables, que des évacuations appropriées à son état, appropriées à sa constitution, à son idiosyncrasie ; ainsi, je suppose une plaie plus ou moins étendue chez un sujet d'un tempérament sanguin ; si vous observez chez ce blessé une pléthore sanguine, telle que vous deviez redouter des accidents inflammatoires très-graves, il est clair qu'il faut dans ces circonstances prescrire les saignées, et les renouveler jusqu'à ce que vos inquiétudes aient disparu.

Que si vous avez affaire à une constitution bilieuse, si la langue est jaune, enduite d'une couche jaunâtre, bilieuse ; s'il existe de l'inappétence, des nausées ; dans ce cas, en prescrivant des purgatifs proportionnés et à la force du malade, et à la disposition bilieuse facile à reconnaître en cette circonstance, vous aurez fait disparaître une des complications qui pouvaient entraver la marche de la blessure, et éloigner le terme de sa guérison. En un mot, toutes les fois que chez un blessé il existera une complication quelle qu'elle soit, il faudra la combattre jusqu'à ce qu'elle soit anéantie ; et c'est pour cette raison que chez le blessé affaibli par des hémorrhagies fréquentes, par des évacuations alvines répétées, par des accès de fièvre prolongés accompagnés de sueurs abondantes, il faudra combattre énergiquement toutes ces causes débilitantes, soutenir les forces du blessé par tous les moyens possibles, et le ramener par degrés à son état normal, état qui seul peut mettre la nature à même d'employer avec fruit les efforts et les ressources dont elle peut disposer pour assurer la guérison.

—

SECTION DEUXIÈME.

1. Dans toute maladie où le sommeil est pénible, cela est mortel ; au contraire, si le sommeil soulage, il y a toute espérance.

1. Cet aphorisme est surtout applicable aux blessures de la tête ; en effet, supposons une contusion violente de la région crânienne, le premier degré de cette contusion n'aura pas divisé les téguments ; ou bien elle sera accompagnée d'une division du cuir chevelu et des muscles épicrâniens, *second degré* de la lésion ; ou bien il existera une fracture des os du crâne sans enfoncement, *troisième degré ;* ou bien la fracture des os du crâne existera avec enfoncement, *quatrième degré.*

La commotion qui sera le résultat de la percussion, quels que soient les différents degrés de complication, peut déterminer un état de somnolence ou même de sommeil, qui durera quelques heures ou persistera quelques jours. Après ce sommeil produit par la commotion, si le malade présente un état de lucidité dans la perception des idées, de la clarté dans ses réponses, il est évident que dans cette circonstance cet état de sommeil aura apporté une grande amélioration dans les symptômes que présentait d'abord le blessé. Si, au contraire, après la cessation de ce sommeil, le malade paraît plongé dans un état de torpeur, d'abattement, qui ne lui permet pas de faire des réponses précises aux questions qui lui sont adressées, on doit craindre un épanchement sanguin ; si le malade n'accuse pas de douleur, par des cris aigus,

redoublés, souvent déchirants; car dans cette seconde supposition, on aurait à redouter l'état inflammatoire des méninges, et par conséquent les dangers les plus imminents.

Il est presque inutile de dire que si le sommeil était produit par l'enfoncement des esquilles dans la cavité du crâne, par la pression permanente de ces mêmes esquilles sur un des points du cerveau, le chirurgien devrait sur-le-champ enlever ces esquilles au moyen d'un levier qui, glissé sous la face interne de ces mêmes esquilles, et appuyé sur un des bords solides de la fracture, soulèverait le ou les fragments osseux de bas en haut, et de dedans en dehors, afin de faire cesser toute compression cérébrale. Que s'il était impossible d'avoir recours avec succès à l'usage de ce levier, il faudrait appliquer une couronne de trépan, afin de circonscrire la base des esquilles, et faciliter par ce moyen leur enlèvement. Ce serait le seul moyen de faire cesser cette continuité de sommeil, dont la durée prolongée déterminerait la mort du blessé; soit dans un état de torpeur profonde, soit à la suite de douleurs aiguës qui produiraient des convulsions d'autant plus funestes qu'elles seraient plus fréquentes et de plus longue durée.

2. Lorsque le sommeil apaise le délire, c'est un bon signe.

2. Quelquefois à la suite de l'action d'un soleil très-ardent, ou bien à la suite d'une brûlure profonde qui a compromis le cuir chevelu, les muscles épicrâniens, l'aponévrose qui occupe leur centre, le péricrâne, et les os eux-mêmes, ou bien à la suite d'une percussion violente d'un des points de la région épicrânienne, le blessé éprouve des douleurs tellement aiguës, qu'elles déterminent un état convulsif, qui porte le blessé à des mouvements perpétuels et irréguliers, à des mouvements nerveux tellement exaltés, que cet état doit inspirer de très-vives inquiétudes. Dans ce cas, les saignées locales, les saignées générales, les boissons délayantes, les bains prolongés, les lavements émollients multipliés, les potions légèrement opiacées peuvent améliorer les symptômes. Mais si la nature, assez puissante, peut procurer au malade quelques heures de sommeil, on observe souvent au réveil un état de calme, de quiétude, qu'il était difficile d'espérer, et qui, certes, doit être attribué au sommeil paisible, résultat des efforts salutaires de la nature.

3. Trop de sommeil, trop d'insomnie, sont l'un et l'autre de mauvais augure.

3. Un sommeil trop prolongé annonce un état de torpeur qui lui-même n'est que le résultat d'un défaut de sensibilité, qui peut être diminuée ou anéantie par les percussions violentes dirigées contre un des points du crâne. En effet, n'a-t-on pas vu souvent ces percussions produire un sommeil de plusieurs jours qui s'est terminé par la mort; et dans ce cas les excitants appliqués, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, n'ont pu produire aucun amendement, n'ont amené aucun résultat favorable.

Il en est de même de l'état d'excitation porté au plus haut degré. Tous les jours, au lit du malade, on observe ces symptômes terribles qui excitent chez le blessé une agitation continuelle, fatigante, qui va toujours croissant jusqu'à ce que la mort vienne terminer cet état de souffrance. Et pourtant, l'art a employé tous les moyens calmants, tous les moyens débilitants; mais l'impuissance de ces moyens est constatée par la terminaison funeste, dont le praticien est condamné à être le triste spectateur.

4. Ni la satiété, ni la faim, ni rien de ce qui surpasse la nature n'est avantageux.

4. Chez les blessés, la disposition des plaies doit surtout guider le praticien dans l'administration des aliments et des boissons, et il commettrait une grande faute, s'il prodiguait ces boissons ou ces aliments jusqu'à la satiété. En effet, toutes les forces appelées vers la région gastrique, pour travailler à une digestion plus ou moins pénible, abandonneraient les plaies dont la marche serait alors troublée, et qui, au lieu de fournir une suppuration convenable, et sous le rapport de la qualité, et sous le rapport de la quantité, seraient bientôt desséchées, présenteraient un aspect blafard, grisâtre, noirâtre, et dont quelques circonstances pourraient offrir la complication très-fâcheuse connue sous le nom de pourriture d'hôpital. Il est donc essentiel de n'accorder au blessé que la quantité d'alimentation nécessaire pour lui fournir les forces dont il a besoin pour aider les plaies dans leur marche, dans leur progrès de cicatrisation, et dans leur guérison complète.

D'un autre côté il serait dangereux de condamner à une diète trop sévère les blessés dont les plaies fournissent une suppuration abondante et de longue durée : car les forces seraient bientôt épuisées, si elles n'étaient sagement réparées par un régime approprié à leur constitution particulière, et aux phénomènes qui accompagnent la marche de leurs blessures. Il n'est pas un praticien qui n'ait vu très-souvent succomber des blessés qu'il était impossible de nourrir, et parce que l'estomac et le tube intestinal repoussaient toute espèce d'alimentation, et parce que la digestion était imparfaite, et surtout parce que des dévoiements, parce que des dysenteries emportaient rapidement le malade, qui mourait d'épuisement.

Il faut donc, dans toutes ces circonstances, suivre la marche de la nature, qui, pour obtenir

d'heureux résultats, repousse et condamne constamment les excès dans tous les genres.

5. Les lassitudes spontanées dénotent les maladies.

5. Cette observation est surtout applicable aux blessés, car un grand nombre de ces sujets jouissant d'une santé parfaite avant l'époque de leurs blessures, éprouvent souvent, quelques jours après leur accident, des douleurs musculaires, des lassitudes, des sensations pénibles, des courbatures. Dans ce cas, le chirurgien doit se tenir en garde contre les complications dont son blessé est menacé ; et il n'est pas rare, dans cette occurence, de voir survenir de la céphalalgie, des douleurs pleurétiques, des douleurs à la région épigastrique, des douleurs dans le tube intestinal ; douleurs qui ne sont que le résultat d'une exaltation, d'une excitation des organes contenus dans le crâne, dans la poitrine, et dans la cavité abdominale.

Les blessés sont d'autant plus exposés à ces complications, qu'ils ont perdu une partie de leurs forces par les hémorrhagies qui ont accompagné ou suivi leurs blessures, par la diète à laquelle ils ont été soumis pendant les six ou huit premiers jours, par la suppuration qui se sera échappée de leurs plaies, et surtout par l'ennui, par la tristesse inséparables de leur position. Il faut donc prévoir d'avance l'effet de ces causes débilitantes, et les combattre avec toutes les forces nécessaires pour en diminuer et en vaincre la fâcheuse influence.

6. Ceux qui ont quelque partie malade, et qui ordinairement ne s'aperçoivent pas de la douleur, ont l'esprit dérangé.

6. On voit souvent des blessures graves accompagnées de commotions ou de lésions cérébrales plus ou moins profondes chez des sujets qui n'expriment aucune plainte, qui ne se doutent pas même de l'état de leur blessure, et qui n'en sentent pas l'existence. Ainsi, par exemple, rien de plus fréquent que de voir des membres mutilés ou emportés, rien de plus commun que de voir des gangrènes profondes étendues chez des sujets qui paraissent plongés dans une indifférence profonde, et qui ne laissent pas entendre une seule plainte ; mais ici c'est le cerveau qui est frappé d'une manière évidente, ou plutôt c'est une lésion de l'organe cérébral qui vient compliquer les différentes plaies dont nous venons de parler, et qui, dans ce cas, sont bien plus fâcheuses que les plaies elles-mêmes. Aussi, dans ces circonstances, au lieu d'être rassurés quand le blessé répond à vos questions, qu'il ne souffre pas, qu'il se trouve très-bien, que jamais il n'a été mieux portant, tenez-vous en garde contre une de ces affections du cerveau qui, après avoir été latente pendant plusieurs jours, se montre tout à coup et frappe le blessé avec la rapidité de la foudre et l'enlève au milieu des espérances les plus flatteuses et qui paraissaient le mieux fondées. N'oublions jamais que l'organe encéphalique chargé de régulariser nos fonctions, doit, pour remplir ce but, conserver son intégrité tout entière. N'oublions jamais que quand une influence quelconque a porté atteinte à cette intégrité, tout n'est plus que désordre, anarchie et ruine.

7. Les sujets exténués lentement ont besoin de se refaire lentement par la nourriture ; et l'on doit fortifier peu à peu ceux qui ont maigri en peu de temps.

7. En chirurgie, ce précepte est d'une application constante. En effet, tous les jours on peut voir des blessés affaiblis par un long séjour dans un hôpital, par des suppurations prolongées, par des sueurs abondantes, par des dévoiements opiniâtres, par des fièvres rebelles. Si, dans ces circonstances, le praticien voulait donner à son blessé une alimentation trop abondante, trop succulente, ce régime serait au-dessus des forces de son estomac et du tube intestinal ; les digestions seraient pénibles, imparfaites, souvent impossibles, et les accidents marcheraient avec une rapidité effrayante. Si, au contraire, on porte dans l'estomac une alimentation légère, dont la qualité, dont la quantité, soit graduée avec discrétion, avec discernement, l'estomac, chargé d'un travail facile, préparera heureusement la digestion, acquerra de jour en jour de nouvelles forces, et récupérera, après un certain laps de temps, toute son énergie. C'est alors que la guérison marchera sans entraves, et se complétera d'une manière sûre et parfaite.

8. Si un convalescent ne se fortifie pas en proportion de la nourriture c'est un signe qu'il prend trop d'aliments; mais si cela arrive à celui qui ne mange pas, sachez qu'il a besoin d'être purgé.

8. Lorsqu'un blessé, arrivé à l'époque où il peut prendre des aliments, est soumis à un régime soit animal, soit végétal, destiné à réparer ses forces d'une manière progressive, présente toujours un état de faiblesse malgré l'alimentation prescrite, c'est qu'il existe une complication dont il faut chercher le siége. Le plus souvent les digestions sont incomplètes, parce que l'appareil digestif présente une disposition fâcheuse ; tantôt elle est le siége d'une inflammation légère, tantôt la muqueuse qui le tapisse se trouve dans un état d'affaiblissement complet ; il faut donc combattre ces différents états jusqu'à ce que cet appareil présente les qualités favorables à l'élaboration des aliments, et par conséquent à la réparation des forces. Il est possible que l'appareil digestif soit

dérangé dans ses fonctions par un travail établi par la nature, dans un lieu éloigné de ce même appareil. Il est possible que ce travail ait son siége dans un organe tout à fait indépendant de l'appareil digestif; ainsi, des caries profondément situées, fournissant une suppuration abondante, ichoreuse, de mauvaise nature; des lésions de la plèvre, des lésions du poumon, des lésions du péritoine, des lésions des organes contenus dans la cavité abdominale ou pelvienne, n'ayant aucune connexion avec l'appareil de la digestion, sont autant de causes qui doivent s'opposer à la réparation des forces chez les blessés, et par conséquent produire, entretenir ou augmenter l'état de marasme qui conduira infailliblement le malade au tombeau.

Quant aux purgatifs recommandés dans cet aphorisme, on ne voit pas quel serait le résultat de l'emploi d'un tel moyen. En effet, les purgatifs portent une irritation profonde et dans l'estomac et dans le tube intestinal. Or, s'il existe une inflammation de la muqueuse, quelque légère que vous la supposiez, elle sera rapidement augmentée par la sur-excitation inséparable de l'emploi d'un purgatif. Si, au contraire, la muqueuse présente un état de relâchement, le relâchement sera encore augmenté quand la sur-excitation déterminée par le purgatif aura cessé d'agir dans toute l'étendue du tube intestinal. Ainsi donc, quand des praticiens viendront dire qu'ils auront, dans ce cas, retiré de bons effets de l'emploi des purgatifs, on pourra leur répondre que, dans ces circonstances, le blessé a guéri malgré l'emploi de ces mêmes purgatifs ; et malheureusement, on ne voit que trop souvent des malades et des blessés guérir après l'emploi de certains médicaments, non pas par l'efficacité des moyens employés, mais malgré l'action de ces médicaments eux-mêmes.

10. Plus on nourrit un corps rempli de crudités, et plus on lui nuit.

10. Lorsqu'un blessé présentera des lésions dans les différentes fonctions, soit des organes encéphaliques, soit de l'appareil pulmonaire, soit de l'appareil circulatoire, et surtout de l'appareil digestif, gardez-vous bien de lui donner des aliments ; car, dans ce cas, l'estomac et le tube intestinal seraient incapables d'élaborer convenablement les substances qui lui seraient confiées; ces digestions incomplètes ou de mauvaise nature détermineraient un état fébrile qui se compliquerait promptement de symptômes extrêmement graves et qui donneraient aux praticiens les plus sérieuses inquiétudes. Aucune alimentation ne peut donc être donnée sans danger, tant que les lésions que je viens d'indiquer subsisteront. Ne voyons-nous pas tous les jours les caries des articulations, les caries du sternum, des côtes, des vertèbres, présenter un état toujours en hostilité, pour ainsi dire, avec le système digestif? Rien de plus commun que de voir chez ces sortes de sujets des diarrhées opiniâtres, résultat de mauvaise digestion, appartenant uniquement à la complication établie par ces mêmes caries. Ne voyons-nous pas tous les jours une ulcération du poumon, un catarrhe chronique de la vessie, un carcinome de l'utérus, produire une influence désastreuse sur l'action du système digestif, et par conséquent enlever aux blessés tous les moyens de réparer leurs forces et d'améliorer leur état de souffrance?

11. La réplétion est plus aisée par les aliments liquides que par les aliments solides.

11. Dans les maladies chirurgicales comme dans les maladies médicales, l'estomac affaibli par des excès dans le régime, ou par des privations multipliées et prolongées, souvent ne peut supporter l'usage des aliments solides, dont l'ingestion dans l'estomac détermine des nausées, quelquefois des vomissements, très-souvent des pesanteurs qui annoncent une impossibilité plus ou moins complète de préparer de bonnes digestions. Dans ce cas, les boissons remplacent très-heureusement les aliments solides. On peut les prescrire à larges doses, et l'estomac les reçoit avec d'autant plus de plaisir qu'elles lui rendent promptement son énergie, en l'aidant à faire, sans peine aucune, un travail d'autant plus utile, que bientôt il répare les pertes que la constitution a subies depuis longtemps, et la ramène à l'état normal.

12. Les reliquats intérieurs dans les maladies, après la crise, occasionnent ordinairement des rechutes.

12. Ce précepte est d'une application journalière, surtout dans les maladies chirurgicales. En effet, supposons une plaie de tête, compliquée d'une nécrose d'un des os du crâne, quelque petite que vous supposiez cette nécrose, si en rapprochant les bords de la plaie on obtient une cicatrice, elle ne peut être que momentanée. Bientôt le corps étranger laissé dans un des points de son étendue, séparé par les efforts de la nature de l'os dont il faisait partie, sera un point d'irritation qui déterminera une inflammation, dont la suite inévitable sera le développement d'un abcès, qui constituera une nouvelle maladie beaucoup plus grave que la première, car elle exigera impérieusement une large ouverture, destinée à livrer passage à la suppuration et à la portion osseuse nécrosée, sans la sortie de laquelle il n'y aurait pas de guérison possible. Supposons une plaie par arme à feu ; cette plaie est produite ou par une balle ou par des grains de plomb : si la cicatrice de cette plaie est obtenue avant la sortie des grains de plomb ou de la balle, il peut survenir des récidi-

ves d'autant plus faciles que l'affaiblissement du sujet présente des circonstances plus favorables à ces récidives. Et quel est le chirurgien militaire qui n'a pas vu très-souvent des débris d'habillement, séjournant dans des plaies, déterminer longtemps après les cicatrices, et des phlegmons, et des abcès, et tous les accidents qui appartiennent à la présence des corps étrangers.

Si l'on a vu des balles ou des portions de balles plongées pendant longues années dans une des régions du corps, sans donner aucun signe de leur présence dans le point qu'elles occupaient, on a observé bien plus souvent le cortége des accidents que nous avons énumérés plus haut, se développer quelques semaines, quelques mois au plus après la formation des premières cicatrices.

13. Ceux qui éprouvent la crise ont la nuit qui précède le paroxysme très-laborieuse; mais la suivante est en général plus supportable.

13. Chez les blessés dont les plaies offrent de larges dimensions, chez les amputés surtout, du cinquième au sixième, ou du sixième au septième jour, la nuit est signalée par une agitation extrême, par une fièvre vive, quelquefois violente ; car c'est à cette époque que la suppuration commence à se former, à s'établir d'une manière plus ou moins abondante, plus ou moins louable ; et la production de cette suppuration est une véritable crise après laquelle le calme se rétablit de jour en jour, et va toujours croissant jusqu'à la cicatrisation complète, à moins que sa marche ne soit troublée par un de ces accidents, par une de ces complications que l'on n'observe que trop souvent dans de pareilles circonstances. Mais il n'en reste pas moins démontré qu'après la formation ou la crise de suppuration, les blessés, le plus ordinairement, éprouvent un état de quiétude du plus favorable augure, qui précède et accompagne les progrès et l'organisation complète de la cicatrice.

14. Dans les flux de ventre, si les matières changent de couleur, elles causent du soulagement, à moins qu'elles ne changent en pire.

14. Dans les hôpitaux où les blessés respirent un air peu salubre, où le régime alimentaire est souvent défectueux, où le nombre des malades est fréquemment hors de proportion avec l'étendue des salles, il est assez ordinaire que de voir les plaies se compliquer de dévoiement, de dysenterie; et ces complications ne tardent pas à devenir funestes, à moins que le régime prescrit aux blessés ne combatte d'une manière énergique les différentes causes débilitantes dont il est entouré. Alors on voit l'état du malade s'améliorer de jour en jour, et cette amélioration s'annonce particulièrement par les différentes nuances des déjections qui sont et moins abondantes, et d'un caractère moins fâcheux. Ainsi, par la seule inspection de ces déjections, le praticien peut dire à l'avance que le malade échappera au danger qui le menaçait d'une manière si imminente.

15. Lorsque la gorge est malade, et qu'il paraît des boutons sur la surface du corps, observez les excrétions ; car si elles sont bilieuses, tout le corps participe au mal ; mais si elles sont semblables à celles des gens en santé, accordez de la nourriture en toute assurance.

15. L'inflammation de la gorge, ou plutôt l'inflammation des amygdales, appartient essentiellement au domaine chirurgical. En effet, elle se termine souvent par de petits abcès qu'il faut ouvrir, ou par un développement squirrheux qu'il faut exciser. Ces espèces d'inflammations sont souvent accompagnées de douleurs d'oreilles qui se terminent dans l'espace de huit à dix jours. Qu'elle soit traitée par l'application de sangsues au cou, par l'application de cataplasmes ou de vésicatoires volants sur la même région ; qu'elle soit traitée par l'émétique donné à plusieurs jours d'intervalle ; sa marche est invariable, et ses terminaisons telles que nous l'avons indiqué plus haut. S'il arrive une éruption boutonneuse pendant le cours de cette maladie, elle n'a jamais de caractère inquiétant, elle n'a aucune influence sur l'appareil digestif. Il n'y a donc aucun inconvénient à administrer des aliments, selon les désirs et surtout selon les besoins du malade.

On a établi différentes espèces de traitement pour combattre l'inflammation des amygdales, connue généralement sous le nom d'angine tonsillaire : chacun a préconisé ses moyens ; les uns ont vanté les saignées larges et répétées, les autres l'application multipliée des sangsues au cou ; les autres les vésicatoires volants à la région sous-maxillaire ; et chacun a attribué à l'emploi de ces moyens la guérison de la maladie ; tandis que dans tous les cas, sans en excepter aucun, la nature seule se charge des frais de la guérison, et produit cette terminaison heureuse, non pas grâce aux moyens employés par ces praticiens, mais souvent malgré ces moyens.

19. Les prédictions ne sont pas absolument certaines, dans les maladies aiguës, soit pour la santé, soit pour la mort.

19. Il serait bien imprudent le chirurgien qui voudrait annoncer à l'avance la terminaison de certaines blessures ; car un assez grand nombre de celles qui au début paraissent offrir le moins de danger, ont souvent et assez promptement une terminaison funeste. C'est pour cette raison que

nos prédécesseurs disaient si justement : *Il n'y a point de petite plaie de tête ; point de petite plaie du thorax ; point de petite plaie de l'abdomen.* En effet, ne voit-on pas tous les jours des plaies de la tête fort légères en apparence, n'offrant aucun caractère grave, occasionner souvent la mort ? Tantôt elles se compliquent d'un érysipèle aigu, occupant tout le cuir chevelu, occupant toute la face, produisant une fièvre ardente qui emporte le blessé en quelques jours ; tantôt elles se compliquent d'une inflammation des méninges ; tantôt c'est un épanchement qui s'annonce par un état de torpeur qui va toujours croissant, jusqu'à ce qu'il soit remplacé par un sommeil profond bientôt accompagné d'une respiration stertoreuse, et enfin terminé par une mort prompte qui vient frapper le blessé comme par un coup de foudre. D'autres fois, c'est une inflammation chronique des méninges qui détermine un épanchement séreux dans la cavité du crâne, et prépare au malade une mort qui, bien qu'elle se fasse quelquefois attendre, n'en est pas moins inévitable.

Si nous examinons les plaies du thorax, nous pourrons, jusqu'à un certain point, apprécier l'étendue de la lésion par les symptômes primitifs. Mais qui peut répondre des suites d'une pareille lésion ? L'hémorrhagie, la lésion des plèvres, du poumon, du médiastin, sont des complications toujours à redouter, et qui, par conséquent, doivent empêcher d'établir un pronostic avant d'avoir eu le temps de porter un jugement sur la possibilité ou l'impossibilité des complications que nous venons d'énumérer.

Nous en dirons autant des contusions ou des plaies qui ont leur siége dans les différentes régions de l'abdomen. Ici, à cause de la mobilité extrême d'un grand nombre des parties flottantes dans la cavité abdominale, ils est encore plus difficile d'établir un pronostic. Dans l'épigastre proprement dit, nous devons craindre pour l'estomac ; mais dans ce cas, il existe bientôt des vomissements fréquents, et le produit de ces vomissements est accompagné d'évacuations sanguinolentes. Dans la région hypochondriaque droite, nous aurons d'autant plus à redouter une lésion du foie, que cet organe présente un grand développement ; mais nous aurons bientôt des signes positifs de cette lésion, parce que les fonctions du foie seront nécessairement troublées, et que cette perturbation s'annoncera de suite par la couleur des urines, qui seront d'un jaune verdâtre ; la conjonctive présentera une couleur légèrement jaunâtre, et la face offrira bientôt une teinte de couleur jaune plus ou moins foncée. Les nausées, les hoquets, les vomissements, pourront se joindre aussi aux symptômes que nous venons d'indiquer ; ils ne seront pas si caractéristiques pour nous que la coloration des urines, des conjonctives ou de la face. Dans la région hypochondriaque gauche, nous aurons à craindre une lésion de la rate, qui, presque toujours, est redoutable par la déchirure du parenchyme de cet organe, accident qui produit promptement une hémorrhagie abondante et mortelle. Dans les régions ombilicale et lombaire, on aura à redouter la lésion des intestins de tous les diamètres ; cette lésion ne pourra souvent être reconnue que par le caractère particulier des matières stercorales qui s'échapperont par l'anus.

En effet, dans les blessures de ces différents intestins, une hémorrhagie plus ou moins abondante se mêle aux matières fécales, et offre des stries de sang, des caillots plus ou moins considérables; dans ce cas, le pronostic est d'autant plus fâcheux qu'il est impossible de deviner quel est le siége de la lésion. Quelquefois pourtant une plaie large faite aux parois abdominales, donne aux matières stercorales la possibilité de s'échapper à travers cette ouverture. Dans cette circonstance, il faut fixer l'intestin sur les bords de la plaie, de manière à empêcher sa rentrée dans la cavité, rentrée qui serait immédiatement suivie d'un épanchement stercoral dans l'abdomen, et bientôt d'une péritonite mortelle ; tandis qu'en maintenant cette partie lésée sur les bords de la division, on peut obtenir l'adhérence simultanée des deux plaies, et de l'intestin et des téguments, et établir par ce moyen un anus contre nature, sauf à combattre plus tard cette infirmité par l'emploi de l'entérotome de M. le baron Dupuytren, instrument admirable qui a déjà rendu des services immenses, et qui promet pour l'avenir un puissant moyen de combattre avec succès une des infirmités les plus déplorables qui puissent affliger l'espèce humaine.

Dans la région hypogastrique, nous aurons à redouter les plaies de la vessie, lésions qui seront toujours accompagnées de l'émission d'urines sanguinolentes, ou bien d'un épanchement urineux dans les cavités pelvienne et abdominale, épanchement qui sera nécessairement mortel.

Hippocrate établit donc ici une vérité mathématique pour ainsi dire, quand il dit que les pronostics, dans un grand nombre de maladies aiguës, sont souvent accompagnés d'une grande incertitude.

Cette incertitude existe même pour les plaies ou les contusions qui frappent les membres, soit thoraciques, soit abdominaux. Ne voyons-nous pas souvent une simple piqûre déterminer une lésion artérielle, un trismus effrayant, ou un tétanos mortel, dans l'espace de quatre jours ? Si nous voulions multiplier les exemples pour venir à l'appui de cet aphorisme, rien ne serait plus facile, car ils sont nombreux; mais ces exemples ne pourraient pas être plus concluants que ceux que nous avons déjà signalés.

Toutefois, pour le chirurgien qui a une grande expérience, grâce à l'habitude de voir chaque jour et depuis longtemps un grand nombre de

blessés, il sera difficile qu'il n'indique pas, après un examen très-approfondi et renouvelé plusieurs fois, il sera difficile, dis-je, qu'il ne reconnaisse pas le désordre qui existe ou qui pourra survenir : 1° d'après le siége de la blessure ; 2° d'après l'action connue de la cause vulnérante ; 3° d'après les phénomènes qui se sont développés avant sa première visite. Mais, je le répète, un diagnostic aussi certain ne peut appartenir qu'à un praticien dont l'expérience a été mûrie par des faits nombreux, dirigés par un bon esprit et par une instruction solide.

20. Les jeunes gens qui habituellement ont le ventre libre, l'ont resserré en vieillissant; et au contraire, ceux qui sont affectés de constipation dans la jeunesse, auront le ventre libre dans la vieillesse.

20. Il arrive souvent chez les blessés qui doivent conserver un repos absolu pendant un temps très long, c'est-à-dire, trois mois, six mois, et quelquefois plus longtemps encore, il arrive, dis-je, que pendant les premières semaines, et même pendant les premiers mois, ces malades se plaignent de constipation, phénomène qui s'explique d'ailleurs facilement par la privation complète de toute espèce d'exercice. Mais bientôt la constitution, accoutumée à cette immobilité perpétuelle, reprend l'habitude de ses fonctions, et souvent cette habitude est exagérée ; les évacuations ont lieu avec trop de facilité, et il n'est pas rare de voir cette facilité trop grande exiger l'emploi de moyens qui la modèrent et ramènent sa constitution et ses fonctions digestives à son état normal. Ces différentes circonstances sont le résultat presque habituel des causes qui agissent pendant longtemps sur les blessés, qui, d'ailleurs, n'en offrent pas moins des chances multipliées de guérison.

21. Le vin pur apaise le sentiment de la faim.

21. Cet aphorisme a reçu souvent son application dans les pénibles campagnes des armées françaises dans les royaumes d'Italie, de Naples, d'Espagne et de Portugal, pays dans lesquels il était beaucoup plus facile de se procurer du vin que des vivres. Un grand nombre de blessés ont été soulagés et ont dû leur salut à l'usage d'un vin généreux qui, administré à des doses convenables, suppléait aux autres genres d'alimentation qu'il était impossible de se procurer ; ces militaires parcouraient les différentes phases de leurs blessures sans éprouver d'accidents qui pussent entraver la cicatrisation de leurs plaies.

22. Les maladies qui proviennent de réplétion guérissent par évacuation ; et celles qui ont pour cause l'inanition guérissent par réplétion; ainsi des autres, par leurs contraires.

22. Il est presque inutile d'insister sur la vérité de cet aphorisme appliqué au traitement des maladies chirurgicales. En effet, il n'est pas un praticien pour lequel elle ne soit d'une évidence mathématique. Les blessés pléthoriques dont la constitution fait toujours craindre des accidents inflammatoires, sont soumis à un traitement débilitant, tel que les saignées abondantes et répétées, les boissons délayantes administrées à larges doses, la diète la plus sévère jusqu'à ce que l'époque des accidents inflammatoires ait disparu ; telles sont les bases invariables du traitement appliqué à ces sortes de sujets.

Au contraire, chez les blessés dont la constitution languissante a été affaiblie par un mauvais régime, par des évacuations abondantes, par un état de souffrance habituel, enfin par toutes les causes qui enlèvent chaque jour et par degrés les forces du malade, il faut bien se garder de conseiller un régime qui, ajoutant encore à cet état de faiblesse, compromettrait son existence ; dans cette circonstance, il faut conseiller un régime légèrement analeptique, pour relever les forces du malade, pour les augmenter chaque jour ; il faut, en un mot, l'entourer de toutes les circonstances qui peuvent l'aider à parcourir avec succès les différentes périodes de sa maladie, jusqu'à sa parfaite guérison.

Le praticien qui a chaque jour occasion de voir des blessés dans les hôpitaux et dans la ville, établira toujours une différence dans le traitement à administrer aux blessés qui se trouvent placés dans des situations si différentes. Il sera toujours obligé de soutenir les forces de celui qui est placé dans un hôpital, tandis que presque toujours aussi il sera obligé d'affaiblir le blessé de la ville, qui, jouissant de toutes les douceurs que lui donne la fortune, présentera un état de force dont il faut diminuer l'influence qui pourrait développer des complications fâcheuses, inquiétantes et funestes.

Il y a plus, le chirurgien forcé de pratiquer une opération grave, comme l'amputation d'un membre, par exemple, rencontrera deux sujets placés dans des circonstances diamétralement opposées. Ainsi, je suppose, on apportera à l'hôpital un homme dont la jambe aura été brisée par le passage d'une roue de voiture ; le tibia, le péroné présentent des esquilles nombreuses, faciles à apercevoir à travers une déchirure énorme de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, de l'aponévrose et des muscles nombreux qui se développent sur l'étendue de ce membre. L'amputation est imminente, elle doit être pratiquée *ex abrupto;* le chirurgien, après avoir fait disposer l'appareil d'opération et l'appareil de pansement nécessaires pour remplir l'indication qui se présente, procèdera de suite à cette amputation. Mais le blessé

est d'une constitution vigoureuse, ses muscles sont fortement dessinés, la poitrine est large et recouverte par des pectoraux fortement prononcés ; son facies coloré, ses yeux vifs, tout annonce en lui un degré d'énergie qui doit tracer d'une manière précise la conduite à tenir dans cette circonstance. Il est évident que le praticien doit toujours, dans un cas pareil, faciliter, solliciter, s'il est possible, et déterminer une perte de sang considérable : c'est le moyen de prévenir des complications inflammatoires, inévitables sans cette précaution ; et ce n'est qu'après avoir obtenu cette évacuation sanguine, qu'il procèdera à la ligature des artères, afin d'appliquer le premier appareil. Le malade, reporté dans son lit, sera placé dans les circonstances les plus favorables à sa guérison ; la marche de la blessure prouvera chaque jour que la conduite du chirurgien a été rationnelle et le résultat d'une expérience refléchie.

Supposons, au contraire, un blessé retenu depuis longtemps à l'hôpital pour une carie de l'articulation tibio-tarsienne, ou pour une carie fémoro-tibiale ; la constitution est appauvrie, une fièvre lente le consume, un dévoiement opiniâtre vient chaque jour lui enlever le peu de forces qui lui restent ; l'amputation proposée plusieurs fois au blessé, comme seul moyen de salut, a toujours été repoussée ; enfin, il se décide, et il demande lui-même l'opération. Le chirurgien, en la pratiquant, aura bien soin de prévenir toute espèce d'hémorrhagie. Ainsi, la compression sera faite d'une manière rigoureuse, les ligatures seront pratiquées avec toute la célérité que la prudence peut permettre, et l'amputé n'aura pas perdu une cuillerée de sang, car il succomberait infailliblement si une hémorrhagie un peu considérable était la suite de l'opération. Le malade, reporté dans son lit, sera soumis à l'usage de moyens légèrement fortifiants, et chaque jour sera employé à augmenter par degrés ses forces, jusqu'à ce que sa guérison ait couronné le pronostic et la conduite de l'opérateur.

26. Il vaut mieux que la fièvre survienne à la convulsion, que la convulsion à la fièvre.

26. Chez les blessés, souvent, surtout pendant les six ou huit premiers jours, il survient des mouvements nerveux, des convulsions, qui doivent inspirer de grandes inquiétudes ; toutefois, ces inquiétudes disparaissent très-souvent par suite d'un mouvement fébrile qui, dans l'espace de deux à trois jours, a mis fin à cet état nerveux ; le calme reparaît après cette époque, et la blessure suit une marche heureuse. D'autres fois, au contraire, la fièvre qui se développe plus ou moins promptement après la blessure, se complique quelquefois de spasme, de mouvements nerveux, de convulsions, qui vont toujours croissant jusqu'à la mort ; et si l'on est assez heureux pour faire cesser ces convulsions, ce n'est que dans des cas rares et exceptionnels. Il faut surtout redouter le trismus qui, presque toujours est suivi de tétanos, et le tétanos est toujours mortel, car cette triste terminaison a lieu quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, sinon davantage.

29. Agissez au commencement des maladies, si quelque chose vous paraît devoir être excité ; mais dans le temps de la vigueur, il vaut mieux ne rien faire.

29. Ici, il n'est pas possible d'admettre le principe établi par Hippocrate ; car je suppose un érysipèle aigu se développant à la face ; je suppose un phlegmon occupant une région du tronc ou des membres abdominaux ; je suppose une plaie très-large placée dans une des régions du corps quelle qu'elle soit ; ces différentes affections ont une marche connue, une marche progressive, et pour peu qu'un chirurgien ait d'expérience, à la première inspection, il indiquera le jour et pour ainsi dire l'époque précise de la terminaison de la maladie, quelles que soient les modifications que lui ait fait subir le traitement employé jusque là. Devra-t-il laisser l'érysipèle marcher avec une acuité extrême du 4e au 6e jour? non, certes ; il aura recours à des moyens très-énergiques, et ces moyens doivent être employés à plus forte raison dans la période la plus aiguë ; ils doivent être continués jusqu'à la diminution, jusqu'au déclin de la maladie. Et ce serait une conduite blâmable sous tous les rapports, que celle d'un praticien qui resterait spectateur inactif d'une lutte établie entre le mal d'une part, et la nature de l'autre ; il faut toujours qu'il aide cette dernière par tous les moyens que l'art lui indique, pour préparer la terminaison de toutes ces affections qui marchent avec rapidité, avec énergie, et qui sont souvent accompagnées de grands dangers ; car l'érysipèle de la face, dont nous parlions tout à l'heure, si on n'en arrêtait pas la marche, compromettrait bientôt les méninges, et par conséquent l'existence du blessé. Le phlegmon, placé dans le voisinage de l'anus, doit être surveillé surtout au moment de son plus grand développement ; si, à cette époque, on n'ouvrait pas de bonne heure un passage à la suppuration, la gangrène arriverait promptement, ou bien l'ouverture spontanée de la collection purulente ayant lieu dans le bassin, la suppuration s'échapperait dans cette cavité, et les accidents les plus graves seraient le résultat d'une expectation coupable conseillée dans l'aphorisme que nous avons cité plus haut. Je pourrais multiplier des exemples pour ainsi dire à l'infini ; mais il suffit des deux que je viens d'indiquer pour prouver que l'expectation, dans ces différents cas, serait souvent funeste, et toujours condamnable.

31. C'est un mauvais signe dans la convales-

cence que de bien manger, quand le corps ne profite pas.

81. Chez les blessés dont les convalescences sont longues, il arrive souvent qu'un régime substantiel, même succulent, ne répare pas les forces qui ont été détruites par la longueur de la maladie. Dans ce cas, il faut toujours craindre qu'il n'existe à l'intérieur une complication latente, et il faut en rechercher et la cause et le siége. Souvent cette cause appartiendra à la lésion d'un des organes contenus dans la cavité thoracique, dans la cavité abdominale, ou dans la cavité pelvienne; d'autres fois, elle appartiendra à une carie osseuse entretenue par un vice scrofuleux ou vénérien. Point de guérison à espérer jusqu'à ce que ces différentes complications aient disparu : il est donc urgent de recourir aussitôt à l'emploi des moyens propres à détruire ces différentes lésions et toutes les causes qui les produisent.

35. Dans toutes les maladies, il est plus avantageux que les régions ombilicales et hypogastriques conservent de l'embonpoint; au contraire, l'extrême maigreur et l'état de marasme de ces parties, sont des signes pernicieux; il serait même très-dangereux alors de purger par le bas.

35. Quand les blessés arrivent dans un hôpital, après avoir été affaiblis par de longues maladies; quand un état de marasme préparé et produit par des évacuations nombreuses soit cutanées, soit intestinales, soit hémorrhagiques, nasales, pulmonaires et anales, il faut bien se garder d'avoir recours aux purgatifs; ils sont ici contre-indiqués d'une manière évidente. Il faudrait pouvoir suspendre, pour ainsi dire, toute espèce d'évacuation, jusqu'à ce que le malade, arraché à cet état d'anéantissement, à cet état de destruction qui le menaçait, puisse rentrer, grâce à un régime légèrement fortifiant, dans les circonstances favorables à sa guérison : l'emploi des purgatifs amènerait une mort rapide.

38. Des aliments et une boisson un peu moins salubres, mais agréables, sont préférables à de plus salubres qui déplaisent au goût.

38. On observe quelquefois chez les blessés certaines antipathies pour telle ou telle sorte d'aliments ou de boisson, qu'il est impossible d'expliquer, mais auxquelles on est pourtant obligé de se soumettre; car, si l'on voulait, à quelque prix que ce fût, vaincre cette répugnance, on déterminerait des mouvements nerveux, des nausées, des vomissements qui seraient fatigants pour les malades, et influeraient d'une manière fâcheuse sur leurs blessures. Dans de pareilles circonstances, on doit préférer l'usage d'aliments et de boissons qui, quoique d'une digestion plus difficile, sont pourtant admis avec plaisir par l'estomac, qui, dans cette conjoncture, puise dans la satisfaction du malade de nouvelles forces pour élaborer les substances qui lui sont confiées, et les faire tourner au profit du blessé; tandis que d'autres substances, et plus succulentes, et de digestion plus facile, produiraient des désordres dont il serait impossible de calculer les conséquences.

39. En général, les vieillards font des maladies moins fortes que les jeunes gens; mais s'ils viennent à être attaqués de quelque affection chronique, ils en meurent presque toujours.

39. L'exactitude de cet aphorisme est confirmée chaque jour par les observations nombreuses recueillies dans les hôpitaux : c'est là que l'on voit souvent des jeunes sujets présentant une ou plusieurs blessures graves, compliquées d'accidents nombreux, échapper au danger de ces différentes blessures, grâce à la force de leur constitution, grâce à leur énergie physique et morale; chez les vieillards, au contraire, des blessures légères en apparence, et qui n'inspiraient dans le principe aucune espèce d'inquiétude, conduisent souvent à une terminaison funeste. La pourriture d'hôpital, la fièvre lente, le dévoiement, en un mot tous les symptômes qui annoncent une débilité générale et profonde, viennent assaillir chaque jour le malade, ajoutent à son état d'épuisement, et le conduisent à une mort inévitable.

42. Il est impossible de dissiper une apoplexie forte, et très-difficile d'en guérir une légère.

42. Chez les blessés qui ont reçu une ou plusieurs contusions sur les différents points du crâne, on observe souvent, à l'instant même de la percussion, tous les signes de l'apoplexie, savoir : la suspension du sentiment et du mouvement; une respiration pénible, stertoreuse; un pouls lent, facile à déprimer; souvent des nausées et des vomissements; des déjections alvines involontaires; un écoulement spontané des urines, et pourtant il est impossible d'assurer de prime abord qu'il existe une véritable apoplexie. Tous ces symptômes peuvent appartenir aux effets de la commotion, effets qui persistent souvent deux, trois, et même quatre jours, et qui se dissipent ensuite successivement comme par enchantement. Dans l'apoplexie proprement dite observée chez les blessés, on remarque toujours une paralysie du membre thoracique ou du membre abdominal du côté droit ou du côté gauche, quelquefois la paralysie de tout un côté, et alors c'est une hémiplégie. Cette hémiplégie est produite par la compres-

sion exercée sur un des hémisphères du cerveau par une collection sanguine. Cette collection occupe le plus souvent le lobe du cerveau opposé au côté paralysé. La guérison dépend surtout de l'abondance de cette collection ; car, si elle est considérable, le blessé succombe promptement. Si au contraire, cette collection est peu abondante, il se forme un caillot, et, autour de cette petite masse sanguine, la nature organise une membrane dont la propriété est d'absorber, de diminuer et d'annihiler cette espèce de corps étranger ; et quand il est disparu presque en totalité, grâce à cette absorption, le sentiment et le mouvement se reproduisent peu à peu, et le malade finit par ne plus conserver aucune trace de son accident. La conduite du chirurgien dans cette circonstance consiste à observer l'état des forces du blessé, à les modérer et les diminuer dans le cas d'exaltation, ou bien à les soutenir et à les augmenter dans le cas contraire. On ne peut donc établir aucune espèce de pronostic certain sur la terminaison des différentes apoplexies qui viennent compliquer l'état des blessés ; mais des faits nombreux attestent des guérisons bien constatées, et par conséquent on doit toujours conserver l'espérance, jusqu'à ce qu'un laps de temps assez long ait prononcé sur l'incurabilité de cette maladie.

Un élève de la première école du monde, âgé de dix-huit ans, avait reçu dans l'œil droit la pointe d'un fleuret déboutonné, qui avait pénétré dans le lobe droit du cerveau. A l'instant ce blessé tomba, et fut privé du sentiment et du mouvement. Il resta plongé dans un sommeil profond pendant vingt-quatre heures ; c'est à cette époque seulement qu'il se réveilla, mais on remarqua une hémiplégie du côté gauche. Le malade parlait facilement, et répondait d'une manière précise aux questions qui lui étaient adressées. Cette hémiplégie, combattue par les moyens les plus énergiques, résista longtemps à l'emploi de tous ces moyens, malgré la jeunesse et la force du blessé, et ce ne fut qu'après deux ans que la guérison fut obtenue, en laissant toutefois un sentiment de faiblesse dans le membre abdominal gauche. Je pourrais citer à l'appui de ce fait un grand nombre d'observations relatives à des sujets qui ayant éprouvé, au moment de leurs blessures, tous les symptômes de l'apoplexie pendant deux et trois jours, ont pourtant échappé à ce terrible symptôme, et ont obtenu une guérison complète; mais ce travail a plutôt pour objet d'établir des principes que de citer des faits.

46. De deux maux qui ont lieu en même temps dans des lieux différents, le plus douloureux affaiblit l'autre.

46. Cet aphorisme est chaque jour confirmé dans le traitement des maladies chirurgicales. En effet, quand vous aurez à combattre les vestiges d'une ophthalmie aiguë, vestiges qui sont toujours opiniâtres et produisent parfois un état de chronicité désespérante, un large vésicatoire appliqué à la nuque, quelquefois un séton, termine complétement la guérison de l'ophthalmie qui, sans l'emploi de ces moyens, aurait pu s'éterniser.

Dans le traitement d'une amaurose on voit souvent le séton, et quand il est impuissant, on voit le moxa, produisant des douleurs vives et continues à la région cervicale, obtenir d'heureux résultats. Dans l'inflammation chronique de la plèvre sous-costale, on emploie avec avantage le vésicatoire largement appliqué sur la peau qui recouvre le point douloureux, et dans l'espace de quelques jours, la douleur vive produite par le vésicatoire sur le système cutané a déterminé la résolution complète de la douleur pleurétique.

Chez les enfants nous voyons tous les jours les douleurs de l'articulation coxo-fémorale, ou bien celles qui occupent l'articulation tibio-fémorale, céder à l'irritation plus ou moins vive qui a été produite par l'application de vésicatoires ou de moxas portés, pour ainsi dire, circulairement sur le développement de ces articulations. Ici, comme dans les cas précédents, c'est donc toujours la douleur la plus forte qui a fait disparaître la douleur la plus faible. Remarquons toutefois que ces diverses applications ne peuvent et ne doivent avoir lieu que quand l'état d'acuité de la douleur est à son déclin ; que quand cette même douleur, arrivant à l'état chronique, menace le malade d'une durée interminable. Car si ces sortes d'applications étaient faites dans le moment où la douleur est arrivée à son plus haut degré, comme dans l'anthrax parvenu à sa période la plus aiguë d'inflammation, on déterminerait la gangrène, et celle-ci marcherait avec d'autant plus de rapidité que le moyen actif appliqué sur l'un de ces points aurait plus d'énergie. Et s'il est vrai que dans cette maladie une incision cruciale pratiquée au moment où l'inflammation existe dans toute sa force, produit presque toujours la gangrène des bords de l'incision ; à plus forte raison, les applications irritantes dont nous parlions plus haut produiront-elles instantanément la formation d'eschares gangréneuses qui donneront à cette affection une complication d'autant plus déplorable, qu'elle fera le procès de la conduite du chirurgien.

47. La douleur et la fièvre ont plutôt lieu lorsque la suppuration commence que lorsqu'elle est faite.

47. Dans toutes les plaies faites par les instruments piquants, tranchants ou contondants, qui ne doivent pas être réunies par première intention, il est impossible d'obtenir la cicatrisation de ces plaies sans une suppuration préalable plus ou moins abondante. Or, la suppuration ne peut pas être formée sans un travail particulier que la na-

ture prépare, effectue et termine par ses propres forces, dans le plus grand nombre des cas, c'est-à-dire quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent : or, ce travail est toujours précédé par le gonflement des bords de la plaie, par sa rougeur, par la douleur et par la chaleur. Le gonflement est produit par une circulation plus active qui est le résultat de l'irritation, et proportionné par conséquent à l'intensité de cette irritation. Cette circulation produit donc un développement plus ou moins considérable ; mais si le sang est porté avec plus d'abondance dans la région blessée, il prête une partie de sa couleur à cette région, il y détermine aussi une plus grande chaleur, car il est le principal véhicule du calorique. Mais il ne peut exister sur un point quelconque un développement anormal sans que la douleur en soit le résultat, et le seul moyen qui favorise la diminution de la douleur, est le dégorgement de cette partie tuméfiée d'une manière anormale. Ce dégorgement est produit par la suppuration qu'établit une élaboration qui constitue une nouvelle fonction de la partie blessée. Et en effet, la suppuration n'est que le résultat de cette nouvelle fonction, et à mesure que le pus s'échappe des différents points de la surface de la plaie, le gonflement diminue et la douleur avec lui ; tous les tissus reviennent peu à peu à leur état primitif, et quand le dégorgement est complet, les lèvres de la plaie se réunissent spontanément, ou bien leur réunion est favorisée par tous les moyens que la chirurgie a en son pouvoir dans de pareilles circonstances. Tantôt l'application de bandelettes agglutinatives, tantôt un bandage unissant, tantôt des compresses pyramidales soutenues par un bandage roulé, remplissent promptement et heureusement les indications qui se présentent, et le blessé est bientôt délivré de toutes les conséquences de sa plaie.

—

SECTION TROISIÈME.

1. Ce sont les changements de saisons qui occasionnent principalement les maladies ; et dans ces mêmes saisons, les grands changements comme du froid et du chaud, et ainsi des autres.

1. S'il est vrai que les variations atmosphériques ont une influence manifeste sur toutes les constitutions, et particulièrement sur les constitutions faibles, il est démontré que cette influence s'exerce d'une manière très-remarquable sur les blessés. En effet, vous voyez toujours ceux-ci atteints de gastrite, atteints de fièvres éruptives, de fièvres intermittentes, pendant le printemps ; pendant l'été, vous les voyez atteints de gastro-entérite ; pendant l'automne, ils sont souvent atteints par des fièvres intermittentes, de longue durée, souvent de mauvais caractère ; intermittentes nerveuses, intermittentes pernicieuses.

Ils sont souvent aussi victimes d'une dysenterie grave, de mauvais caractère et presque toujours funeste. C'est à cette époque surtout que le typhus exerce ses ravages sur les blessés et immole un grand nombre de victimes. L'hiver, ils sont frappés par les catarrhes pulmonaires, par les pleurésies, par les péripneumonies, par les rhumatismes aigus, par des affections arthritiques extrêmement graves, très-longues, et dont le moindre inconvénient est de produire des affections chroniques de ces mêmes articulations.

Et qu'on ne soit pas étonné de cette influence de l'atmosphère sur des sujets affaiblis, et par la gravité ou la longueur de leurs blessures, et par la suspension de toute espèce de mouvement et d'exercice, par l'inquiétude et la tristesse, inséparables de leur position.

Il y a plus, ces blessés sont exposés plus que les autres aux influences des localités, par la seule raison que leur état de faiblesse est une des causes prédisposantes à cette facilité de subir cette influence.

2. Il est des tempéraments qui se trouvent les uns bien et les autres mal de l'hiver ou de l'été.

2. Sans doute, l'auteur de cet aphorisme, en parlant de la puissance de l'été ou de l'hiver sur les différentes constitutions, a dû entendre un été très-chaud ou un hiver très-froid. Or, la masse des blessés se trouve placée dans des circonstances plus favorables quand la température est très-élevée que quand l'hiver sévit avec une rigueur extrême. Je sais bien que les chaleurs excessives de l'été provoquent des sueurs abondantes, et que cette évacuation cutanée, jointe à la suppuration qui s'échappe de la surface des plaies, doit ajouter à leur état de faiblesse ; je sais bien que sous un soleil brûlant on voit fréquemment des vers se développer en moins de vingt-quatre heures dans les plaies et surtout dans les plaies profondes ; je sais bien que la gangrène se développe assez facilement dans de pareilles circonstances ; mais on peut, jusqu'à un certain point, modérer l'influence de cette chaleur excessive en plaçant les blessés dans des salles bien aérées, arrosées fréquemment, et dans lesquelles on établira une ventilation journalière et continue, et je pense qu'à l'aide de ces moyens, on parviendra à éloigner des blessés les résultats de l'action fâcheuse d'une chaleur très-élevée. Je sais bien qu'on accuse aussi cette température de favoriser le développement du tétanos traumatique, et que l'on cite à l'appui de cette assertion les tétanos multipliés qui emportent tous les ans un très-grand nombre de négrillons ; mais est-ce bien à l'action de la chaleur que ces résultats, si souvent

funestes, doivent être attribués? Je ne le pense pas, et des faits nombreux, recueillis dans les ambulances et dans les armées, pendant les guerres de la révolution, prouvent exactement le contraire. Ainsi, sous le soleil brûlant de l'Italie, à la suite de batailles qui avaient mutilé un grand nombre de blessés, il est de fait que le tétanos a été beaucoup moins fréquent que chez nos soldats qui tombaient mitraillés sous les neiges de Kell, ou sur les bords glacés du Rhin. Certes, le tétanos, le plus souvent, appartient à l'espèce de la région blessée, à l'espèce de l'instrument vulnérant; ainsi, les plaies du carpe, du métacarpe et des doigts, les plaies du tarse, du métatarse et des orteils, quand elles étaient produites par des instruments piquants ou contondants, étaient fréquemment compliquées de tétanos. Mais, je le répète, ces complications étaient beaucoup plus nombreuses chez les soldats de l'armée d'Allemagne, que sur ceux des armées de Naples ou d'Italie.

Mais pourquoi les auteurs s'accordent-ils tous à dire et à répéter que les négrillons sont très-fréquemment frappés de tétanos, sous l'influence d'une température élevée? Je crois que cette fréquence appartient à la manière dont ils sont vêtus; en effet, ils n'ont pas de chaussures, ils parcourent des pays peu cultivés, ils marchent sur un terrain souvent recouvert de cailloux, de débris de bois, d'épines, de toutes substances qui doivent fréquemment piquer ou déchirer la plante de leurs pieds, ou seulement un des points de cette plante; et de là, cette tradition qui s'est perpétuée jusqu'à nos jours, mais qui doit disparaître devant un esprit observateur qui sait apprécier chaque chose à sa juste valeur.

L'hiver, au contraire, est une véritable complication dans l'état des blessés qui tous sont très-sensibles à l'action du froid; et, comme nous l'avons déjà dit plus haut, c'est dans cette saison surtout qu'on voit les blessures se compliquer, sous l'influence atmosphérique, de catarrhes pulmonaires intenses, de péripneumonies aiguës, de pleurésies fort douloureuses, de rhumatismes très-aigus, d'inflammations des articulations, souvent fixes, souvent voyageant d'articulation en articulation, toujours accompagnées de douleurs lancinantes, et se terminant souvent par un état de chronicité interminable. Ajoutez à ces différentes complications la fréquence du tétanos, et vous verrez aisément que l'état des blessés, toutes choses d'ailleurs égales, est toujours moins fâcheux quand l'atmosphère est très-chaude que quand elle est glaciale.

8. Dans les saisons régulières, et qui se succèdent en temps convenable, les maladies sont régulières et sont jugées facilement; au contraire, les irrégularités des saisons produisent des maladies irrégulières, et dont la crise ou le jugement est difficile.

8. Nous avons déjà dit que les variations atmosphériques avaient une influence manifeste sur l'état des blessés; nous avons déjà dit quelles étaient les complications que l'on devait redouter pour eux au printemps, pendant l'été, à l'automne et pendant l'hiver; plus ces variations sont exagérées, et plus leur influence est fâcheuse pour la marche des blessures. Aussi voyons-nous cette marche se simplifier de la manière la plus heureuse, quand les saisons se succèdent sans présenter une grande différence dans la température normale qui doit accompagner chacune d'elles. Quand, au contraire, cette température offre des changements brusques, quelquefois de jour en jour, quelquefois du matin au soir, les blessés sont extrêmement sensibles à l'action de ces variations; et à chaque pansement, pour ainsi dire, on peut juger de l'impression qu'a pu subir cette sensibilité. Ainsi, d'après la simple observation de l'atmosphère et de sa mobilité, il est facile de dire à l'avance si une plaie arrivera promptement et heureusement à la cicatrisation.

—

SECTION QUATRIÈME.

1. Purgez les femmes enceintes depuis le quatrième mois seulement jusqu'au septième, s'il y a orgasme; mais moins aux autres époques qu'à celles-ci; car il faut craindre pour le fœtus plus jeune ou plus avancé.

1. Le précepte contenu dans cet aphorisme est repoussé par l'expérience de tous les accoucheurs. Ils savent très-bien qu'il ne faut pas administrer de purgatifs aux femmes enceintes; car, pendant la grossesse, la sensibilité générale est augmentée, elle est arrivée à un très-haut degré; la moindre irritation portée dans l'estomac ou dans le tube intestinal réagirait d'une manière très-fâcheuse sur l'utérus. Ainsi donc, dans le cas où il se manifesterait une diathèse bilieuse évidente, il faudrait la combattre par des boissons légèrement acidulées, par une diète modérée, par des lavements émollients, et, de cette manière, l'estomac et le tube intestinal seraient délivrés, sans secousse aucune, de cette pléthore qu'Hippocrate conseille de combattre par des moyens actifs et même drastiques. Si une femme enceinte, au lieu d'une pléthore bilieuse, présentait aux diverses époques de sa grossesse une pléthore sanguine évidente, l'indication serait très-claire, très-précise. Il faudrait prescrire une évacuation sanguine proportionnée, 1° à l'époque de la grossesse, 2° aux forces de la malade, 3° aux signes plus ou moins énergiques de la pléthore sanguine; cette évacuation sera secondée par l'usage de boissons délayantes, an-

tispasmodiques, et surtout par l'usage assez rapproché de bains entiers, à la température de 26 à 27°. On conseillerait de plus un exercice modéré plutôt à pied qu'en voiture, et un régime alimentaire peu substantiel.

57. Si la fièvre survient dans les convulsions ou dans le tétanos, elle dissipe la maladie.

57. Il règne dans cet aphorisme une obscurité assez difficile à expliquer, car il dit positivement, si dans le tétanos il arrive de la fièvre, le tétanos guérit. Mais il n'existe pas de tétanos traumatique, sans que ce tétanos n'ait été précédé par un mouvement fébrile quelconque. Ces mouvements fébriles vont toujours en augmentant en raison des accidents qui compliquent la plaie, en raison surtout de la marche du tétanos, et quels que soient les moyens employés pour combattre les progrès de ce même tétanos, le blessé est toujours emporté dans l'espace de cinq ou six jours. Ainsi, pour expliquer cet aphorisme, on est obligé de penser que par le mot tétanos, Hippocrate a voulu parler dé mouvements convulsifs plus ou moins évidents, plus ou moins nombreux, et non du tétanos; complication effrayante et qui emporte la presque totalité des blessés; je dis la presque totalité, car il me paraît démontré qu'on n'en guérit pas un sur cent, et quand on prétend avoir obtenu des guérisons dans cette terrible circonstance, c'est qu'on a pris le trismus pour le tétanos, et qu'on n'a par conséquent guéri que le trismus.

62. L'ictère qui survient dans la fièvre avant le septième jour est mauvais, s'il ne s'accompagne d'abondantes évacuations du ventre.

62. On observe assez souvent chez les blessés qui, à la suite de percussions, ou de chutes d'un lieu plus ou moins élevé, ont reçu des contusions soit à la tête, soit à la poitrine, soit à l'abdomen; on observe, disons-nous, des ictères qui se manifestent du troisième au sixième jour. Cette complication prouve que le foie a été lésé plus ou moins profondément, que cette lésion nuit aux fonctions qui lui sont confiées, et que ces fonctions ne seront rétablies que quand la lésion aura disparu. Les premiers signes de cet ictère se remarquent dans l'urine, qui est d'un jaune verdâtre; les seconds s'aperçoivent dans les conjonctives, qui se colorent légèrement en jaune; les troisièmes se remarquent à la peau. Quand cet ictère n'est pas accompagné de fièvre vive, continue, avec redoublement, quand il n'est pas compliqué de difficulté de respirer ou de douleurs fixes dans la région hypochondriaque droite, l'usage de boissons délayantes, légèrement apéritives, une diète sévère, un repos absolu, auront bientôt triomphé de cet épiphénomène qui ne présente rien de grave, rien d'inquiétant pour la terminaison de l'accident primitif.

Si, au contraire, une fièvre ardente, une soif inextinguible, des yeux brillants, une douleur fixe et pongitive dans la région hypochondriaque, des nausées, des vomissements, des hoquets, accompagnaient la marche de cet ictère, la maladie serait extrêmement grave, le danger imminent auquel serait exposé ce blessé exigerait un traitement d'autant plus actif qu'il n'y a pas un moment à perdre pour conjurer l'orage et arracher le blessé à des symptômes aussi alarmants. C'est alors que des saignées générales et abondantes, des applications multipliées de sangsues à l'anus, des bains généraux, des cataplasmes émollients recouvrant la région abdominale, des lavements émollients répétés fréquemment, des boissons mucilagineuses données à larges doses, la diète la plus sévère, seraient conseillés et continués jusqu'à ce que l'état inflammatoire ait été diminué et détruit complétement, de manière à obtenir la résolution totale de cette terrible complication.

Malheureusement souvent ces moyens sont infructueux, et il se développe un abcès dans un des points du parenchyme du foie, abcès qui tantôt se manifeste, et c'est le cas le plus rare, dans la région hypochondriaque au-dessous des côtes, à la face convexe de l'organe hépatique. Dans cette terminaison l'on peut apercevoir un point de fluctuation dans cette région, et l'on peut assurer qu'une adhérence a été contractée simultanément par le péritoine qui recouvre le foie et par les enveloppes de l'abdomen. Ces adhérences permettront d'établir une communication directe avec ces mêmes téguments, au moyen d'une incision faite au centre de la tumeur sur le point où la fluctuation est la plus évidente. Cette ouverture livrera passage à une suppuration brunâtre, caractère essentiel de la suppuration du foie; de cette manière, on pourra espérer une terminaison heureuse de la maladie; d'autres fois le foyer purulent s'établira dans le centre même du parenchyme du foie; une grande partie de ce parenchyme se trouve détruit, et le séjour de la collection purulente dans le lieu qu'elle occupe est toujours accompagnée d'un état fébrile caractérisé par la nature du pouls, par des frissons irréguliers qui se manifestent de temps en temps, par une inappétence complète, par une teinte ictérique; après un laps de temps plus ou moins long, le marasme, la fièvre hectique, amènent une terminaison funeste. A l'autopsie cadavérique, on trouve le foyer placé à la partie centrale du foie. D'autres fois l'abcès se forme dans la région postérieure, dans le voisinage du colon ascendant ou du colon transverse; l'adhérence contractée par cette face postérieure avec le colon détermine quelquefois une ulcération de l'intestin, établit une communication du foyer purulent avec la cavité intestinale. La suppuration, trouvant une issue facile au moyen de

cette communication, suit le trajet des matières stercorales, se dirige vers l'anus, et l'on peut, dans ce cas, espérer une guérison. D'autres fois, c'est à la face supérieure et convexe du foie, et à la face inférieure du diaphragme, qu'on voit des adhérences s'établir d'une manière assez intime et assez large pour favoriser une perforation à travers le diaphragme. Dans ce cas, l'épanchement purulent aura lieu dans la cavité thorachique droite, elle produira bientôt la dyspnée, la suffocation, qui, jointe à l'état fèbrile qui mine la maladie depuis longtemps, auront promptement terminé ses jours. D'autres fois, et c'est le cas le plus fréquent, quand la résolution n'aura pas été obtenue d'une manière complète, l'inflammation laissera différents points squirrheux disséminés dans la substance du foie. Ces différents points squirrheux seront suivis constamment d'un état chronique qui cèdera difficilement à l'emploi des moyens les plus méthodiques et continués pendant longtemps ; pour constater la présence de ces engorgements chroniques, il suffira d'examiner le facies du malade, et l'on apercevra facilement les signes caractéristiques de cette affection. Le foie, d'ailleurs, offrira un volume plus considérable que dans l'état normal, volume qu'on reconnaîtra promptement en portant la main sous le bord inférieur des côtes droites : mais cet état n'est pas nécessairement mortel, et le blessé peut vivre encore de longues années avec cette affection.

75. Le pissement de sang ou de pus indique l'ulcération des reins et de la vessie.

75. Les urines sanguinolentes présentent souvent un cas pathologique chirurgical très-obscur, il faut distinguer : 1° le cas dans lequel les urines sont extrêmement colorées par le sang, avec l'émission non douloureuse et facile de ces mêmes urines, par la contraction de la vessie, mais précédée par une douleur fixe à une des régions lombaires, ou, ce qui est beaucoup plus rare, aux deux régions lombaires à la fois. Dans cette première supposition, on trouve assez souvent quelques petits caillots de sang mêlés aux urines, qui n'offrent d'ailleurs aucune odeur fétide. Le chirurgien doit penser, dans cette circonstance, que le sang fourni par le rein, arrivant dans la vessie au moyen de l'uretère, est expulsé toutes les fois que le malade éprouve le besoin d'uriner et qu'il le satisfait. Cet accident est souvent le résultat d'une percussion portée sur la région des lombes, et alors il devine aisément la cause qui l'a produite ; d'autres fois, le phénomène pathologique se manifeste sans cause aucune, ou plutôt sans causes appréciables par le praticien. Cet état appartient souvent à une congestion sanguine, à l'usage habituel d'un régime succulent et de boissons plus ou moins excitantes, surtout quand il est secondé par un défaut complet d'exercice ; c'est alors le résultat d'une pléthore sanguine élevée au plus haut degré, qui chez certains sujets produit un flux hémorrhoïdal, chez d'autres des hémoptysies, chez d'autres des épistaxis, chez d'autres des ophthalmies aiguës, chez d'autres enfin des apoplexies graves et souvent foudroyantes. Le traitement de cette maladie est extrêmement simple, il consiste dans le régime antiphlogistique, employé dans toutes les modifications qu'il comporte et dans toutes ses conséquences. Dans cette première espèce de maladie, l'ulcération de la vessie ne doit pas être redoutée, puisque les membranes qui constituent cet organe conservent toute leur intégrité. Dans la seconde espèce de cette affection, c'est-à-dire lorsque l'urine contient une très-petite quantité de sang, par conséquent pas de caillots, qui, comme dans la première espèce, annoncent une hémorrhagie plus ou moins abondante, mais seulement le résultat d'une irritation de la muqueuse vésicale, et par conséquent accompagné de douleurs toutes les fois que l'émission de l'urine a lieu, on peut accuser un corps étranger d'être la cause déterminante de cet accident. Ainsi, un corps étranger arrivant de l'extérieur dans la vessie, une balle, par exemple, déterminera la coloration des urines par le sang qui sera fourni par la muqueuse de la vessie ; un petit calcul formé dans le rein et arrivant par l'uretère dans la vessie, produira encore le même résultat. Dans l'une et l'autre supposition, l'émission des urines sera toujours accompagnée d'une douleur, qui, sans être très-vive sera cependant fatigante pour le malade. Mais ici, je le répète, les urines seront seulement sanguinolentes, et il est possible qu'après un certain laps de temps, la muqueuse vésicale, accoutumée à l'action de ces corps étrangers, supporte leur présence sans laisser échapper une goutte de sang, en expulsant les urines qui se trouvent à peu près dans l'état normal. Dans cette espèce encore on n'observe pas d'ulcérations de la vessie.

Dans la troisième espèce, les urines, sans être aussi colorées que dans la première, offrent pourtant une quantité de sang beaucoup plus considérable que dans la seconde espèce ; les urines sont mêlées à un sang noirâtre offrant plusieurs petits caillots d'un rouge-brun, ou plutôt d'un rouge-noir ; l'expulsion des urines est peu douloureuse, mais la coloration sanguinolente est constante, habituelle, et offre peu de variétés. Dans ce cas, le sang fourni par les urines est le résultat de plusieurs varices qui se sont développées dans un des points de la muqueuse, mais le plus souvent au col vésical, et qui laissent transsuder le sang qui se mêle constamment aux urines. Dans ce cas, l'odeur exhalée par les urines n'offre pas de symptômes inquiétants pour l'intégrité de la muqueuse.

Dans la quatrième espèce, la maladie débute brusquement avec des symptômes très-énergiques ;

une douleur fixe, violente, pongitive, occupe la région hypogastrique; elle a son siège dans la muqueuse vésicale; c'est le résultat d'une inflammation connue sous le nom de cystite ou de catarrhe vésicale aigu. Dans ce cas, le malade est obligé d'uriner fréquemment; l'excrétion des urines est accompagnée de douleurs atroces; elles sont d'un rouge plus ou moins foncé, en raison de la proportion du sang qu'elles entraînent avec elles. Une fièvre ardente, une peau chaude, des nausées, des vomissements, des douleurs de tête violentes, accompagnent souvent cet état inflammatoire, qui, présentant de prime abord une acuité extrême, exige promptement l'emploi du traitement antiphlogistique dans toute sa force, et avec la rapidité qu'exigent impérieusement de pareils symptômes.

Quelquefois, grâce à ce traitement employé avec autant de célérité que d'énergie, on obtient la résolution complète de l'inflammation, par conséquent, la guérison du malade; mais, malheureusement, quelquefois aussi, la maladie passe à l'état chronique; les urines ne sont plus sanguinolentes, mais elles entraînent avec elles des produits muqueux, des produits mucoso-purulents expulsés toujours avec des douleurs violentes, et d'une fétidité qui va chaque jour croissant; c'est dans cette circonstance que l'ulcération de la muqueuse qui faisant chaque jour de nouveaux progrès, annonce de bonne heure une terminaison funeste. La perte du sommeil qui existe depuis le commencement de la maladie, les douleurs atroces qui ont constamment existé, la fièvre lente, les sueurs abondantes colliquatives, souvent un dévoiement opiniâtre, viennent ajouter à toutes les causes de destruction qui entourent le malade, et le conduisent constamment au tombeau.

Nous voyons donc, d'après ce qui précède, que dans les quatre espèces d'hématuries auxquelles on pourrait sans doute ajouter d'autres subdivisions, mais purement scholastiques, je dirai presque fantastiques, c'est dans la dernière espèce seulement qu'on doit redouter l'ulcération de la vessie, qui sera facilement constatée, 1° par les douleurs atroces éprouvées par le malade dès le début, douleurs qui ne peuvent être apaisées que par l'opium administré à hautes doses; 2° par l'odeur fétide des urines; 3° par les matières muqueuses abondantes qui se précipitent au fond du vase, et offrent une certaine analogie avec l'albumine ou le blanc d'œuf; 4° par les matières mucoso-purulentes qui doivent être le résultat des progrès de cette affection.

Dans la première espèce, il serait possible que le rein, après avoir fourni pendant un certain temps une hémorrhagie, fournît aussi une suppuration plus ou moins abondante. Cette suppuration suivrait le cours des urines, qui portées au-dehors par le canal de l'urètre, auraient un aspect purulent, mais il n'existerait aucun des symptômes qui indiqueraient l'ulcération de la vessie.

Toutefois, dans cette hypothèse, le rein fournissant toujours une suppuration proportionnée à l'ulcération de son parenchyme, produirait tous les symptômes d'une fièvre hectique dont le marasme croissant de jour en jour sera la conséquence inévitable et la terminaison de la maladie par la mort, peut être annoncée à l'avance. Le malade aura, dans ce cas, succombé à une phthysie rénale; mais, je le répète, entre cet état pathologique et l'ulcération de la vessie, il existe un immense intervalle. Quand le sujet succombera à la suite d'une ulcération de la vessie, maladie dont les progrès sont toujours très-lents, et dont la fin est d'autant plus cruelle qu'elle est plus longue, on trouvera à l'autopsie, 1° une émaciation générale; 2° des points d'ulcération nombreux, occupant la face interne de la vessie, remarquable par la destruction plus ou moins complète de la muqueuse qui tapisse cette cavité.

Il existe une grande analogie entre l'hématurie et l'hémoptysie; et comme plus tard il sera question, dans un aphorisme subséquent, de cette affection, je me borne, pour le moment, à indiquer ici cette analogie, me réservant de l'envisager dans son entier quand il sera question de l'aphorisme précité.

79. Si l'urine dépose une matière sablonneuse, on est attaqué de pierre dans la vessie.

79. Il s'en faut que cet aphorisme soit d'une exactitude rigoureuse; car on voit souvent des enfants dont l'urine charrie une espèce de poussière rougeâtre qui se précipite au fond du vase de manière à être facilement aperçue, et pourtant ces jeunes sujets urinent facilement sans éprouver aucune douleur, et par conséquent n'ont aucun des symptômes de la pierre. Ce caractère particulier des urines continue quelquefois pendant l'âge adulte, quelquefois pendant l'âge viril, et même assez souvent pendant la vieillesse; et pourtant, dans ces diverses époques de la vie, l'émission des urines n'est pas douloureuse, elle n'est pas même pénible. Il n'est donc pas vrai de dire que toutes les fois que les urines charrient une matière pulvérulente, il existe un ou plusieurs calculs dans l'organe vésical. Il serait plus rationnel, je pense, de soutenir la thèse contraire, et de dire que toutes les fois qu'il existe un ou plusieurs calculs dans la vessie, les urines ne présentent aucun précipité pulvérulent, attendu que si cette poussière existait dans la cavité de la vessie, elle s'unirait aux calculs, en augmenterait le volume, de manière que les urines seraient claires, limpides, et offriraient tout au plus une coloration citrine un peu plus foncée que dans l'état normal. Mais, dans ce cas, les douleurs éprouvées par le malade avant et pendant l'émission des urines, ces douleurs éprouvées dans

la marche, dans l'exercice en voiture et surtout dans l'exercice du cheval, le jet des urines interrompu au moment de leur émission, pendant une ou deux secondes, pour continuer de nouveau après cette suspension momentanée, offriraient autant de signes rationnels qu'il est nécessaire d'en obtenir avant de pratiquer le cathétérisme, lequel confirmerait pleinement le diagnostic, et tracerait la marche à suivre dans une pareille circonstance.

Si l'auteur de cet aphorisme avait dit que les urines pulvérulentes sont une prédisposition à la formation de calculs, c'est un fait constaté par des observations innombrables; mais quand le calcul est formé, il n'y a plus d'émission d'urines pulvérulentes, et c'est pour cette raison que le principe établi dans cet aphorisme pèche entièrement par sa base.

82. Lorsqu'un tubercule prend naissance dans l'urètre, on guérit, si la tumeur vient à s'ouvrir et à suppurer.

82. Par le mot tubercule, Hippocrate parle sans doute d'un petit phlegmon qui se sera manifesté dans un des points du canal de l'urètre, ou peut-être d'un phlegmon développé dans un des points du tissu cellulaire sous-urétral. Dans cette dernière supposition, l'intégrité du canal ne serait nullement compromise; on aurait à traiter un phlegmon simple développé dans le tissu cellulaire sous-cutané dont la présence, quoique très-voisine de la face interne du canal, ne causerait aucune douleur pendant l'émission des urines, et ne gênerait en aucune manière cette émission. Mais il est une autre espèce de petit abcès qui peut être formé à la suite d'un séjour plus ou moins prolongé, d'un petit calcul qui se sera engagé dans un des points de la portion membraneuse de ce canal. Ce petit calcul, en raison des aspérités qu'il présente, en raison des petits angles qui existent quelquefois à ses extrémités, peut, par une de ses pointes, perforer la face interne de la muqueuse du canal de l'urètre, se glisser au-dessous de cette membrane, et rester ainsi fixé pendant plus ou moins longtemps, quelquefois des mois, quelquefois des années entières, et causer pendant son séjour des douleurs au moment de l'émission des urines.

Le séjour prolongé de ce petit corps étranger finit par enflammer le canal lui-même, le tissu sous-urétral et la peau qui le recouvre; nous avons alors un phlegmon déterminé par la présence d'un corps étranger, l'inflammation de la peau devient évidente; ce petit et très-petit abcès s'ouvre spontanément, et cette ouverture livre passage à un mélange de suppuration et d'urine au milieu duquel vient tomber le petit calcul, cause de tout le désordre; un pansement simple est appliqué sur la plaie; six, huit jours au plus, suffisent à la formation de la cicatrice, et le blessé se trouve délivré de toutes ses douleurs et du sentiment pénible qu'il éprouvait chaque fois qu'il voulait expulser ses urines. Ces abcès peuvent encore être causés par une déchirure du canal de l'urètre, à l'occasion d'un ou plusieurs rétrécissements de ce canal. Mais comme il sera parlé plus loin de ce cas particulier, nous ne faisons que mentionner ici cet état pathologique.

2. La convulsion qui survient dans une blessure est mortelle.

2. Cet aphorisme contient une assertion peu d'accord avec les faits nombreux qui s'observent chaque jour dans la pratique chirurgicale. En effet, rien de plus fréquent que de voir des blessés atteints de plaies graves présenter des symptômes de convulsions bien évidents, et cependant échapper à la gravité de ces symptômes, et arriver à une guérison qui, bien que traversée par une série d'accidents plus ou moins fâcheux, n'en est pas moins heureuse, n'en est pas moins complète.

Il est probable que par le mot convulsion, Hippocrate entend parler ici du tétanos. Dans ce dernier cas, je pense qu'il a raison; mais il y a une grande différence entre la convulsion proprement dite et le tétanos; et il n'est pas un praticien qui ne soit convaincu que les convulsions ne sont pas des complications essentiellement mortelles pour les blessés; il n'en est pas un qui ne sache que la plupart guérissent malgré les convulsions.

3. La convulsion ou le hoquet après une grande perte de sang est de mauvais augure.

3. La convulsion qui succède à une hémorrhagie grave, chez un blessé, est d'autant plus fâcheuse que les forces du malade étant épuisées, soit primitivement, soit consécutivement, la nature, quoique secondée par l'art, n'a plus assez de ressources pour lutter contre un état nerveux désordonné, et bientôt le malade succombe après avoir perdu toute espèce de sentiment. Cette terminaison funeste arrive souvent après des opérations graves pratiquées sur des sujets irritables, et chez lesquels une ou plusieurs hémorrhagies abondantes, en tarissant les sources de la vie, deviennent à l'instant foudroyantes. C'est un de ces faits observés malheureusement trop fréquemment, constaté par l'expérience de nos prédécesseurs et par les observations nombreuses recueillies chaque jour dans les hôpitaux soit civils, soit militaires.

6. Si l'on est pris de tétanos, la mort a lieu en quatre jours; si l'on passe ce temps, on guérit.

6. Parmi un très-grand nombre d'aphorismes

qui prouvent la sagacité, la justesse du jugement, l'exactitude de l'esprit d'observation d'Hippocrate, celui-ci est un de ceux qui montrent jusqu'à l'évidence que cet esprit d'observation saisissait la nature pathologique sur le fait, et constatait d'une manière mathématique et ses succès et ses revers. Oui, le tétanos est mortel, essentiellement mortel dans l'espace de quatre jours; c'est un fait constant, et qu'une pratique saine, sage et consciencieuse confirme chaque jour davantage : le tétanos est un état nerveux qui s'annonce chez les blessés par une contraction des muscles de la face, contraction qui produit le resserrement des mâchoires, qui va toujours croissant, jusqu'à ce qu'il y ait impossibilité d'introduire des liquides dans la bouche; les yeux sont étincelants, un peu larmoyants; les traits sont affaissés : cet état de spasme s'étend au larynx; et quand l'intervalle qui existe entre les dents permet d'introduire quelques gouttes de liquide, le pharynx contracté ne les admet pas, et elles sont rejetées au-dehors avec le mélange d'une salive un peu écumeuse. Les muscles du col, de la poitrine, de l'abdomen, se contractent successivement avec une grande énergie, ce qui produit de la difficulté de respirer : l'abdomen est affaissé par suite de la contraction des muscles qui entourent cette cavité. Les muscles des membres thorachiques et abdominaux ne tardent pas à se contracter aussi, de manière que tout le système musculaire est envahi par cet état de spasme. Tantôt le corps conserve une rectitude parfaite, d'autres fois il est fléchi en avant, d'autres fois il est renversé en arrière, et enfin on le voit parfois incliné soit à droite, soit à gauche. On a donné à ces différents caractères du tétanos différents noms purement scholastiques, et tout à fait indifférents pour le traitement de cette terrible affection. Mais quelle que soit l'inflexion que subisse le corps du blessé par suite du tétanos, le danger n'en est pas moins imminent, et il succombe nécessairement du second au troisième jour: il périt d'autant plus sûrement qu'on ne connaît pas la cause qui le produit. Sans doute, une affection morale profonde peut prédisposer les blessés au développement de cette terrible complication; aussi pendant les guerres de la révolution et de l'empire, on a observé souvent dans les hôpitaux que les officiers étaient bien plus exposés au tétanos que leurs soldats, et pourtant les blessures étaient les mêmes; les circonstances qui les entouraient n'offraient pas la moindre différence. Ils avaient subi les mêmes fatigues, les mêmes privations; avaient assisté aux mêmes combats, aux mêmes batailles; et pourtant, je le répète, les officiers étaient bien plus fréquemment atteints de tétanos que le simple soldat. Et certes, il n'est personne qui soit assez aveugle pour ne pas voir dans cette circonstance l'influence du moral sur le physique.

Les causes atmosphériques pouvaient être appréciées par les chirurgiens militaires placés soit dans les ambulances, soit dans les hôpitaux. On a dit souvent, et on se plaît à répéter chaque jour, que les climats chauds favorisaient le développement du tétanos; c'est une assertion qui me paraît dénuée de fondement, car, comme je l'ai dit dans une page précédente, on a vu le tétanos se développer fréquemment en Italie, en Espagne, en Portugal, mais plus fréquemment encore en Allemagne, en Autriche, en Prusse, en Russie; et certes, s'il est une condition atmosphérique qui soit favorable au traitement des plaies, c'est une atmosphère tempérée, tandis qu'une atmosphère froide, glaciale, doit établir par cela même une complication très-fâcheuse dans le traitement des blessures.

7. Ceux qui sont atteints d'épilepsie avant la puberté, peuvent en guérir: ceux, au contraire, qui en sont attaqués à l'âge de vingt-cinq ans, ordinairement continuent d'en être tourmentés jusqu'à la fin de leur vie.

7. L'épilepsie, dont le siége est évidemment le cerveau, mais dont les causes sont inconnues, est une des maladies particulières à l'enfance : il est rare qu'elle se développe après l'époque de la puberté, aussi, comme les maladies de l'enfance, elle peut guérir par suite du développement de la constitution, disparaître à l'âge de quinze à vingt ans; elle guérit, grâce au traitement dirigé contre elle, ou malgré le traitement employé pour la combattre, mais sa guérison doit être attribuée entièrement aux efforts de la nature, aux ressources qu'elle a employées pour la guérison de cette pénible affection. Une maladie de l'enfance qui guérit aussi par les efforts de la nature, est l'affection lymphatique, improprement nommée scrofuleuse. Cette affection extrêmement fréquente dans la classe peu aisée de la société, cette maladie qui est le résultat ou d'un excès d'une alimentation compacte, ou d'une privation d'aliments, ou plutôt encore d'ingestion d'aliments de mauvaise nature dans l'estomac, secondée de toutes les circonstances débilitantes qui peuvent appauvrir le sujet, telles que une habitation malsaine, la respiration d'un air infect, le manque de vêtements, l'influence humide ou glacée sur la constitution des sujets; cette affection est produite quelquefois par une cause héréditaire, ainsi, les enfants des vieillards, des hommes épuisés par le libertinage, offrent très-souvent cette constitution lymphatique, qui, ainsi que l'épilepsie, peut guérir jusqu'à l'âge de la puberté, mais qui, aussi comme elle, après la puberté devient incurable. Il était donc utile de mettre en parallèle ces deux affections, qui, quant à la marche jusqu'à l'âge de la puberté, ont une grande analogie entre elles, eu égard à leur durée, mais qui en ont une bien plus grande encore après l'âge de la puberté.

Remarquons cependant que l'affection scrofuleuse se développe souvent chez les enfants dont les parents étaient très-forts, et que la naissance de cette maladie ne doit être attribuée qu'à l'influence d'une hygiène viciée, misérable, qui appauvrit la constitution la plus vigoureuse ; tandis qu'une hygiène fortifiante corrige la faiblesse de la constitution la plus chétive, et prévient le développement des scrofules.

13. Si l'on rend par les crachats un sang écumeux, cette excrétion vient du poumon.

13. Dans les plaies pénétrantes de la poitrine l'expectoration sanguinolente mêlée d'écume est un signe pathognomonique de la lésion du parenchyme pulmonaire, car, sans la présence de ce symptôme, il est impossible de dire si le poumon a été lésé ou non par la plaie pénétrante, ou plutôt il est probable qu'il n'y a pas lésion du parenchyme pulmonaire ; en effet, on voit tous les jours des blessés dont la région thorachique avait été frappée par des instruments piquants, tranchants ou contondants : l'action de ces corps a eu lieu dans différentes directions, soit d'avant en arrière, soit latéralement, soit à la région supérieure, soit à la région inférieure, et pourtant, les crachats ne sont pas sanguinolents, ne sont point surtout mêlés à un sang rouge et mêlé d'écume. Dans ce cas, la cavité de la poitrine a pu être intéressée jusqu'à la plèvre pulmonaire, mais, je le répète, l'intégrité du poumon est constatée par cela seul que l'expectoration n'offre pas un mélange de sang écumeux ; le diagnostic, dans ce cas, ne serait pas très-fâcheux ; il serait au contraire extrêmement grave dans la première supposition.

Quand une plaie pénétrante de poitrine a intéressé le poumon, non-seulement on peut constater cette lésion primitivement par l'expectoration sanguinolente, mais on pourra encore constater consécutivement cette lésion par la nature de la suppuration qui s'échappera par la plaie extérieure. Cette suppuration liquide est reconnaissable à une odeur particulière d'une fétidité extrême, et rappelant parfaitement l'odeur de fromage de Brie parvenu à sa dernière décomposition, et les chirurgiens qui ont eu à panser de pareilles blessures reconnaîtront facilement ce caractère distinctif qui n'appartient qu'à la suppuration pulmonaire.

17, Le froid cause des spasmes, le tétanos, des gangrènes et des rigors fébriles.

17. Cet aphorisme, en infirmant les assertions multipliées qui accusent les climats chauds d'être surtout des causes très-actives du développement du tétanos, confirme pleinement ce qui a été dit plus haut sur la triste puissance du froid dans la production du tétanos traumatique ; c'est donc une vérité démontrée jusqu'à l'évidence, c'est donc une vérité mathématique, dont l'exactitude est prouvée par le témoignage de plus de vingt siècles.

19. Échauffer les parties qui ont été lésées par le froid, excepté celles dont il y a hémorrhagie, ou lorsqu'elle est imminente.

19. Le conseil donné par l'auteur de cet aphorisme ne me paraît pas exempt de dangers, si l'on en juge par les observations recueillies dans les pays où le froid est très-rigoureux. Ainsi, dans le Nord, en Allemagne, en Pologne, surtout en Russie, où la rigueur des hivers détermine souvent la congélation des orteils, des doigts, des pieds, des mains et de la face; les habitants accoutumés à ces accidents, se gardent bien de l'approche du feu dans de pareilles circonstances, car l'action du calorique sur les parties frappées de congélation, amènerait promptement la gangrène, et par conséquent la désorganisation de toutes les parties. Il faut au contraire frotter les régions congelées avec un peu de neige, ou un corps froid quelconque, jusqu'à ce que la circulation qui a été arrêtée par la congélation, soit reproduite par degré, et ramène, pour ainsi dire, la vie dans ces points où elle avait été suspendue; la chaleur, dans cette circonstance, serait donc beaucoup plus nuisible, puisqu'elle produirait infailliblement la destruction et la perte de toutes les parties atteintes par l'action d'un froid assez rigoureux pour produire la congélation.

20. Le froid est un mordant pour les plaies, il durcit les bords de la peau, fait naître la douleur, arrête la suppuration, cause la gangrène, occasionne des rigors fébriles, des spasmes et le tétanos.

20. Le froid est une des causes qui déterminent les complications les plus fâcheuses des plaies. Ce n'est pas dans les maisons des blessés, ce n'est pas dans les salles des hôpitaux, où l'on peut corriger facilement son influence, à l'aide de foyers, ou de poêles chauffés à un degré assez fort pour élever la température à volonté, mais c'est surtout dans les ambulances, dans les bivouacs, que l'on observe les effets fâcheux et terribles du froid sur la marche des blessures. A chaque pansement son action est, pour ainsi dire, plus redoutable. Il produit d'abord des douleurs très-vives sur toute la surface de la plaie; à ces douleurs vives succède un état nerveux d'autant plus inquiétant que souvent cet état nerveux produit le tétanos qui est toujours mortel. D'autres fois, la plaie prend un aspect violacé, brunâtre, et la gangrène succède bientôt à ces différentes modifications. Ainsi chaque jour l'expérience vient fortifier le principe admis dans l'aphorisme cité plus haut. Il arrive le plus souvent que ce froid rigoureux détermine le développement d'une fièvre nerveuse, d'une

fièvre ataxique, qui emporte le malade dans l'espace de quatre, cinq ou six jours, et souvent plus tôt. On observe aussi assez fréquemment des diarrhées, des dévoiements et même des dyssenteries, qui doivent leur existence à l'influence du froid, sur les plaies, et sur l'état général des blessés. Mais la complication la plus fréquente et la plus terrible, sans contredit, est le tétanos, dont nous avons parlé déjà plusieurs fois, mais qui mérite d'autant plus d'être souvent signalé, que rien ne peut prévenir sa terminaison funeste. Il est donc du devoir du chirurgien militaire, d'évacuer le plus promptement possible sur les hôpitaux sédentaires les blessés qui sont apportés aux ambulances dans lesquelles on ne trouve aucun moyen de garantir les blessés de l'influence du froid, plus ou moins rigoureux, qui sévit surtout dans certains mois de l'année, soit à l'état sec, soit à l'état humide.

21. Mais il arrive quelquefois que l'eau froide, employée en douches dans le milieu de l'été sur un jeune homme robuste, sans ulcère et pris de tétanos, a produit le retour de la chaleur. Or, la chaleur fait cesser le tétanos.

21. Cet aphorisme paraît en opposition avec les observations recueillies chaque jour, soit dans la pratique particulière, soit dans la pratique des hôpitaux. En effet, les blessés dont les plaies ont été compliquées de tétanos, c'est-à-dire de l'état convulsif permanent de l'appareil musculaire, ont été traités inutilement par l'action de la chaleur élevée au plus haut degré. Ainsi, on a vainement plongé les tétaniques dans des bains chauds élevés à une très-haute température ; on les a vainement enveloppés dans des couvertures extrêmement chaudes ; on les a vainement entourés de coussins, de sachets, de sables pour ainsi dire brûlants, et jamais le calorique appliqué sur toute la partie du système cutané n'a pu modérer la marche du tétanos, qui s'est constamment terminé par la mort. Il est probable qu'Hippocrate, dans cet aphorisme, n'entendait parler que des premiers symptômes du tétanos, mais non du tétanos arrivé à son maximum de développement, et par conséquent à cette époque au-dessus de toutes les ressources de l'art.

22. Le chaud est suppuratif, et le signe le meilleur de guérison; mais il n'est pas applicable à toutes les plaies ou blessures : il ramollit la peau, la raréfie, calme les douleurs; apaise les rigors, les convulsions et le tétanos ; il dissipe les pesanteurs de tête, convient généralement aux fractures des os, surtout quand ils sont à nu, et particulièrement à ceux de la tête où il y a plaie : il est utile aux parties ulcérées, ou prises de mortifications par le froid; aux dartres rongeantes, au siége, aux parties génitales, à l'utérus, à la vessie. Le chaud est favorable et décrétoire pour ces parties; le froid, au contraire, est nuisible et mortel.

22. Les phénomènes traumatiques, observés par Hippocrate avec ce tact exquis qui caractérise particulièrement ce génie si supérieur, n'ont pas varié depuis cette époque. Et en effet, l'état des blessés, sous l'influence d'une chaleur modérée, présentent des symptômes plus favorables que sous l'influence d'une atmosphère froide. La peau constamment élevée à une chaleur douce, favorise l'excrétion d'une sueur salutaire; les bords de la plaie et les différents points de son étendue sont toujours placés dans des circonstances favorables à l'élaboration et à l'écoulement facile de la suppuration. Sous l'influence de cette température, l'appétit est généralement peu prononcé, l'estomac peu exigeant; et l'alimentation légère qui lui est confiée n'enlève pas à la plaie les forces que la nature emploie pour faciliter les progrès de sa marche et de sa cicatrisation. La chaleur atmosphérique peut bien diminuer et faire disparaître les convulsions, mais elle ne peut rien sur le tétanos. Je suis fâché d'être ici en contradiction avec une autorité aussi puissante que celle de l'auteur de cet aphorisme; mais ce que je proclame ici est tout à fait de conviction. Sans doute les douleurs de tête qui sont fréquemment déterminées par un froid assez vif des membres abdominaux et surtout des pieds, peuvent trouver dans la chaleur des moyens de soulagement, de diminution et même de disparition; car ce froid des extrémités inférieures rend difficile la circulation artérielle, et refoule par conséquent le sang vers l'abdomen, vers la poitrine, vers le crâne ; et tout le monde sait que la phléthore sanguine de l'organe encéphalique produit des douleurs de tête plus ou moins vives, souvent des étourdissements, l'inflammation des méninges, et l'apoplexie avec son terrible cortége. Et s'il est un moyen de combattre promptement et efficacement ces symptômes cérébraux, c'est en facilitant la circulation dans les membres inférieurs, sauf à recourir promptement à une ou plusieurs saignées copieuses, si, malgré la chaleur repartie à toute la périphérie, les symptômes cérébraux persistent encore avec quelque intensité.

La dénudation des os, sans doute, peut-être plus ou moins sensible à l'action du froid, qui peut promptement déterminer la nécrose de ces portions d'os mises à nu; par conséquent, il faudra préserver de son influence les fragments osseux, et de plus, avoir l'extrême attention de préparer à l'avance tous les objets de pansement, avant d'enlever les pièces de l'appareil qui recouvre la plaie. Le pansement sera fait avec toute la rapidité possible, toutefois, sans rien négliger sous le rapport de la propreté de la plaie, et des moyens qui peuvent assurer un pansement favorable en tout

point à la marche et à la guérison de ces mêmes plaies.

Au reste, ces précautions sont de rigueur, quand même les os ne seraient pas mis à découvert ; car il faut que toujours la plaie, même la plus simple, soit préservée de l'air ambiant qui peut avoir une influence fâcheuse non-seulement comme réfrigérant, mais comme chargé de miasmes délétères inséparables de l'atmosphère des hôpitaux, où les blessés réunis en grand nombre produisent nécessairement ces fâcheux résultats, malgré les soins les plus assidus, malgré la sollicitude la plus active. Les plaies qui suppurent trouvent toujours dans l'influence d'une chaleur modérée des éléments favorables à la marche et à la terminaison d'une cicatrisation heureuse et solide.

Quant aux parties frappées de gangrène, soit par une cause externe, soit par une cause interne, soit par les progrès d'un état pathologique quelconque, il est clair que, pour la séparation des eschares plus ou moins profondes, qui sont inévitables dans de pareilles circonstances, cette séparation sera secondée par l'action de la chaleur, bornée toutefois à une certaine élévation. Ne voyons-nous pas tous les jours dans la pratique, des lotions mucilagineuses et chaudes, des cataplasmes émollients arrosés avec une décoction de racine de guimauve élevés à une assez haute température, favoriser d'une manière remarquable la séparation des eschares gangréneuses pour le traitement desquelles on réclame les soins de la chirurgie. C'est à l'application de ces topiques que sont dues les cures les plus nombreuses observées dans de pareilles circonstances ; c'est à l'application de ces topiques exclusivement que l'on doit les guérisons les plus sûres, les plus promptes, et certes la chaleur, dans ces applications, est un des moyens les plus puissants de succès. C'est pour ce double motif que la chirurgie a proscrit aujourd'hui, et déjà depuis longtemps, les applications d'onguent suppuratif, les lotions de quinquina, de camphre, l'usage des poudres stimulantes, excitantes, dont l'effet était nul s'il n'était pas nuisible.

Dans les affections cutanées dartreuses, psoriques et autres, il n'est pas un praticien aujourd'hui qui ne sache qu'une saison chaude est bien plus favorable au traitement de ces affections, qu'une température froide ou humide; aussi c'est toujours en été qu'on emploie les moyens propres à combattre ces différentes maladies, parce que l'été favorise les succès des différents traitements dirigés contre elles. Dans les affections de l'utérus, soit aiguës, soit chroniques, on ne peut nier l'influence de la chaleur sur la marche des différentes affections de cet organe. Ne voit-on pas tous les ans, surtout dans les hôpitaux destinés aux femmes en couches, des métrites des métro-péritonites, sévir d'une manière terrible et foudroyante pendant l'automne et pendant l'hiver, tandis que pendant les saisons chaudes leur marche est moins rapide, moins fâcheuse, moins funeste ; on voit même un assez grand nombre de ces inflammations se terminer par une guérison complète. Et certes, il est impossible de refuser à l'action de la chaleur une très-grande influence dans ces heureuses terminaisons.

Dans les affections chroniques de l'utérus, la chaleur a aussi une heureuse influence, par la raison que la peau plus ou moins chaude favorise une transpiration modérée ou une sueur abondante ; et cet état du système cutané produit une modification favorable sur les maladies chroniques de l'utérus et du vagin, qui ne sont plus alors le centre d'une fluxion morbide caractérisée par l'abondance d'un mucus blanchâtre, quelquefois jaunâtre, qui s'échappe chaque jour à travers la vulve dans les saisons froides, parce que la peau resserrée, crispée par cette action réfrigérante, ne permet plus ni sueur, ni même de transpiration sensible.

La vessie, quoique profondément située dans le bassin, n'en est pas moins soumise à l'action du froid; et on remarque que dans toutes les maladies de cet organe, une température froide augmente les douleurs produites par un état morbide à l'état aigu ou à l'état chronique ; il faut en excepter toutefois l'action d'une chaleur excessive, continuée pendant plusieurs jours, surtout quand les boissons sont rares ou impossibles à trouver. La peau livre passage à une plus grande quantité de sueur, les reins sécrètent une très-petite quantité d'urine, la vessie s'enflamme facilement, les urines très-rares sont expulsées avec douleur, et mêlées à une certaine quantité de sang ; et souvent une cystite sur-aiguë détermine la mort du sujet, au milieu des douleurs les plus vives et les plus atroces. Le plus souvent, toutefois, la maladie se termine par résolution, et le malade obtient une guérison parfaite. Néanmoins, quelquefois, cette maladie passe à l'état chronique ; elle dure une ou plusieurs années, pour se terminer d'une manière funeste. Remarquons ici que ces dernières circonstances doivent être regardées, pour ainsi dire, comme exceptionnelles ; car il est très-rare de voir la température exister à un degré aussi élevé que celui dont nous venons de parler.

23. Il faut user du froid lorsqu'il y a hémorrhagie ou quand on la craint, non sur les parties elles-mêmes, mais sur les environs de l'endroit d'où le sang coule ; sur toutes les inflammations qui tendent à une couleur rouge sanguine, par l'effet du sang récemment admis ; car le froid fait passer à une couleur noire l'inflammation qui dure depuis quelque temps. Le froid est utile dans l'érysipèle non ulcéré ; au contraire, il est nuisible quand il y a ulcération.

23. L'action du froid peut non seulement combattre efficacement l'hémorrhagie artérielle, mais elle la prévient chaque jour d'après l'observation qu'on peut en faire au moment où une grande opération chirurgicale est pratiquée, soit l'ablation d'une tumeur considérable, soit une amputation dans la continuité ou la contiguïté des membres. Si l'on veut nettoyer la plaie, résultat de l'opération, avec des éponges imbibées d'eau froide, les vaisseaux artériels, sensibles à l'action de ces lotions, se rétractent, se crispent, et ne laissent pas échapper une goutte de sang. Ce fait incontestable trace au chirurgien la conduite qu'il a à tenir après de pareilles opérations, dont le pansement ne peut pas être prudemment fait avant que toutes les artères et toutes les ramifications artérielles répandues sur la surface de ces plaies n'aient été liées successivement, afin de n'avoir plus à craindre d'hémorrhagie consécutive. Ainsi ces opérations seront faites quand la température sera, autant que possible, à l'abri de l'influence du froid; la surface des plaies sera arrosée avec une décoction d'eau tiède ou chaude; toute espèce de constriction cessera autour de la partie malade, afin que les plus petites ramifications artérielles puissent être aperçues, grâce au sang vermeil qui s'échappera de leurs ouvertures béantes. Le pansement se fera lentement; rien ne sera précipité dans ces circonstances importantes, où le plus léger oubli peut compromettre l'existence du blessé. Toutefois je ne pense pas qu'on doive attendre une heure ou davantage pour appliquer le premier appareil, ainsi que l'a conseillé et pratiqué un des plus célèbres chirurgiens de notre époque, car cette heure d'attente doit être un sujet de terreur pour l'opéré, et par conséquent exercer une influence extrêmement fâcheuse sur son esprit et sur son courage.

Le froid est souvent employé avec avantage dans les épistaxis, dans l'hématémèse, dans les flux hémorroïdaux, dans l'hématurie; mais c'est surtout dans les hémorrhagies utérines après l'accouchement, que l'action du froid, porté jusqu'au degré de glace, produit quelquefois des résultats inespérés, et c'est grâce à son action qu'on voit s'arrêter comme par enchantement des hémorrhagies utérines qui eussent été foudroyantes, si l'on n'avait eu promptement recours à son application.

25. Lorsque les articulations sont affectées de tumeurs douloureuses non ulcérées, ou attaquées de la goutte, ou qu'on éprouve des convulsions, des douches d'eau froide adoucissent la plupart de ces maux; elles sont révolutives et diminuent les douleurs. En effet, un engourdissement modéré est un calmant.

25. Les douleurs articulaires cèdent promptement à l'application du froid dans certaines circonstances, c'est lorsque ces douleurs sont produites par une cause bien connue, par une cause pour ainsi dire inhérente à l'articulation. Ainsi, dans toutes les entorses, du poignet, du genou, et particulièrement du pied, quelque vive que soit la douleur au moment où elle a été produite par un effort ou une contusion, l'application d'eau froide, d'eau glacée, et continuée au même degré de température pendant plusieurs heures, non seulement diminue les douleurs, mais encore les fait disparaître comme par enchantement. Dans ces cas, l'action du froid, en jetant la partie sur laquelle il agit dans un état de torpeur, suspend momentanément la sensibilité dans la région qu'il enveloppe, et fait avorter par cette suspension une inflammation qui aurait pu arriver à l'état le plus aigu, si l'on n'avait eu de suite recours à l'action des réfrigérants.

Dans le cas où les douleurs articulaires seraient déterminées par l'action de la goutte, par l'action d'un rhumatisme aigu, ces deux affections n'étant pas, comme nous l'observions plus haut, inhérentes aux articulations, ces douleurs étant au contraire susceptibles de déplacement, et pouvant être répercutées sur un des organes importants de l'économie animale, sur le poumon, sur le cœur, sur le cerveau, il faut bien se garder de combattre ces accidents par l'action du froid, qui pourrait, dans ces circonstances, produire les résultats les plus fâcheux et les plus funestes. Il faut, au contraire, tâcher d'emprisonner ces douleurs dans les régions qu'elles occupent, loin des cavités splanchniques, et, selon leur état de gravité, recourir promptement à de larges saignées, jusqu'à ce que la marche de la douleur soit enrayée, et que, par conséquent, les symptômes locaux et généraux annoncent une diminution sensible.

Le siége de ces douleurs sera enveloppé de cataplasmes émollients, de fomentations mucilagineuses et narcotiques; les boissons gommeuses, pectorales, et prises en très-grande quantité; la diète sera sévère, la facilité des évacuations alvines entretenue par des lavements émollients, et le malade ne sera mis à l'usage de quelques bouillons que quand la violence des douleurs aura disparu depuis quelques jours, et que tout annoncera une résolution prochaine et par conséquent favorable.

Pour déterminer d'une manière complète la cessation de ces mêmes douleurs, on remplacera les cataplasmes par les fomentations, par l'usage de lotions légèrement stimulantes. Ainsi, des décoctions de plantes aromatiques, l'eau-de-vie camphrée, l'extrait de saturne, mélangés avec une certaine quantité d'eau. Des compresses trempées dans ces mêmes liquides, recouvriront l'ancien siége des douleurs, et on secondera l'effet de ces applications par un bandage roulé, qui, partant de l'extrémité inférieure du membre, soit thora-

chique, soit abdominal, sera porté cinq ou six pouces au-dessus du siége même de la douleur. L'expérience de chaque jour prouve que ce bandage roulé est d'autant plus efficace que les tours de bande sont multipliés, et on obtiendra des résultats plus favorables de l'application de quatre tours de bande, que de trois, deux ou un.

Ainsi, l'aphorisme cité plus haut est d'une exactitude rigoureuse, et l'observation de chaque jour vient confirmer le principe qu'il contient.

28. Des fumigations aromatiques provoquent les menstrues; l'usage de ce moyen conviendrait pour d'autres affections, s'il ne causait des pesanteurs de tête.

28. Les chirurgiens, surtout ceux qui se livrent plus spécialement à l'art des accouchements, observent fréquemment les heureux résultats des fumigations dirigées du côté de la vulve, pour provoquer la menstruation dérangée dans son cours: c'est un fait constant, et que personne ne peut révoquer en doute. Mais quand même elles ne produiraient pas ce résultat, il faut bien se garder de les accuser de produire des douleurs de tête; ces douleurs appartiennent nécessairement à l'irrégularité des menstrues, qui dépend d'un état pathologique de l'utérus, et c'est dans ce cas l'action sympathique de l'utérus sur le cerveau qui détermine les douleurs de la tête qu'on voudrait attribuer à l'action des fumigations. Quant aux autres maladies pour lesquelles Hippocrate voudrait employer les fumigations, toujours avec l'inquiétude de déterminer des douleurs de tête, il faudrait les connaître pour apprécier la valeur de ces inquiétudes; mais son silence nous met dans l'impossibilité d'examiner ces différentes questions, et par conséquent nous ne pouvons pas nous en occuper en ce moment. Toutefois il nous est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de croire que des fumigations puissent déterminer des douleurs de tête.

29. Purgez les femmes enceintes depuis le quatrième mois seulement jusqu'au septième, s'il y a orgasme; mais moins aux autres époques qu'à celles-ci, car il faut craindre pour le fœtus plus jeune ou plus avancé.

29. Le conseil donné par l'auteur de cet aphorisme nous paraît tout à fait erroné, et nous le repoussons de toutes nos forces. Rien n'est plus imprudent que de porter un purgatif dans l'appareil digestif d'une femme enceinte, quelle que soit l'époque de la grossesse, car dans cet état la femme est d'une sensibilité exquise sous le rapport moral et sous le rapport physique. Il faut donc la soustraire à l'action de toutes les causes qui pourront ajouter à cette sensibilité. Or, un purgatif pourrait déterminer une gastrite intense, une diarrhée, une dyssenterie, une péritonite, mais surtout une métrite qui produirait bientôt la mort de l'enfant, et par conséquent ferait naître pour la femme des causes d'accidents graves. Ne voit-on pas tous les jours une imprudence dans le régime, une simple indigestion, déterminer des coliques, qui, occupant le tube intestinal, se propagent jusqu'à l'utérus, déterminent des contractions de cet organe, et un avortement ou un accouchement avant terme? Que serait-ce donc si on allait jeter dans l'estomac un purgatif plus ou moins actif! il serait très-difficile d'en prévoir les conséquences, qui devraient être d'autant plus graves, que la sensibilité de la femme enceinte serait plus exaltée, serait plus exquise. Ainsi, pour résumer notre pensée, nous dirons que quand, chez une femme enceinte, il existe un embarras gastrique, pour le combattre on emploiera des moyens adoucissants, des boissons légèrement apéritives, des lavements émollients, un régime entièrement approprié à cette disposition particulière; nous répétons qu'il faut employer tout, tout excepté les purgatifs.

30. La femme qui, dans l'état de gestation, vient à être attaquée de maladie aiguë, est en danger de mort.

30. Cet aphorisme est confirmé tous les jours par l'expérience. En effet, une maladie aiguë développée chez une femme enceinte, trouve dans l'état de grossesse une complication toujours très-fâcheuse.

Cette maladie occupe-t-elle la tête? mais le cerveau exerce une influence très-active sur l'utérus, et cette réaction est d'autant plus fâcheuse, que la maladie du cerveau offre plus de gravité. Le siége de la maladie existe-t-il dans la cavité thorachique, dans la plèvre, dans le poumon? mais la toux continuelle et pénible qui est le résultat inévitable de ces affections, en imprimant de fréquents mouvements à l'utérus, fatigue cet organe, surexcite sa sensibilité, et les conséquences de cette surexcitation ne sont que trop faciles à prévoir, elles provoquent les contractions utérines; bientôt un écoulement sanguin s'échappe par la vulve, les douleurs vont en augmentant, et l'avortement a lieu. Le siége de la maladie occupe-t-il un des organes contenus dans la cavité abdominale? l'appareil gastrique et intestinal? l'appareil hépatique? l'appareil urinaire, le péritoine? Mais il est impossible de ne pas voir que ces affections des organes voisins de la matrice, quelque peu graves qu'elles soient, auront bientôt communiqué à l'utérus placé dans leur voisinage une portion de la sensibilité pathologique qu'ils subissent depuis plus ou moins longtemps, et qu'un avortement sera encore le résultat de cette influence.

Ainsi, influence de sympathie de la part du cerveau, influence de commotion de la part de l'organe pulmonaire et des ses enveloppes, influence de proximité de la part des organes contenus dans la cavité abdominale, sont des conséquences toujours redoutables. Nous voyons dans ces différents états pathologiques l'utérus frappé plus ou moins rapidement, éprouver d'une manière constante le résultat d'une sensibilité augmentée jusqu'à l'état pathologique; tantôt le spasme, tantôt les douleurs, tantôt les mouvements convulsifs déterminent des contractions de ses fibres musculaires, jusqu'à ce que le produit de la conception ait été expulsé. Ces tristes résultats sont surtout remarquables chez les femmes d'une constitution éminemment nerveuse : car chez celles qui ont une constitution lymphatique, le danger est moins imminent.

Il est presque inutile de dire ici qu'une commotion, qu'une inflammation de l'utérus déterminée par une percussion même légère sur un des points de son étendue, provoque toujours l'avortement.

31. La saignée durant la gestation fait naître la fausse couche, surtout si le fœtus est plus près du terme.

31. Chez les femmes enceintes, surtout chez celles dont le tempérament est éminemment sanguin, on est souvent obligé de saigner une, deux, et même trois fois, pendant la grossesse ; mais le besoin de pratiquer cette opération est toujours annoncé par des douleurs de tête, par des étourdissements, par des éblouissements, par la coloration de la face, surtout par l'état du pouls, qui est plein, fort, dur, et qui annonce évidemment une pléthore sanguine. C'est ordinairement vers le quatrième ou cinquième mois que la saignée est jugée nécessaire ; elle est proportionnée à l'état particulier de la femme, car ici il n'y a pas de règles générales ; chez l'une, il suffira d'obtenir une palette de sang ; chez d'autres, deux et même trois ; par conséquent la conduite du chirurgien sera tracée par l'ensemble des signes qui s'offriront à son examen. Très-souvent la saignée pratiquée à cette époque suffit, d'autres fois on est obligé de la répéter vers le septième mois, quelquefois même on est forcé d'en pratiquer une à la fin du neuvième mois ; cependant cette nécessité est assez rare, et il est difficile de croire qu'une saignée faite à cette époque détermine l'accouchement avant terme, ainsi qu'il est dit dans l'aphorisme précité, car l'accouchement avant terme ne peut être que le résultat de spasmes, de convulsions ; or, si à cette époque avancée de la grossesse un moyen peut prévenir le développement d'un état spasmodique ou convulsif, c'est certainement la saignée. En effet, si dans ce moment il existe une pléthore sanguine très-décidée, le cerveau comme les autres organes est soumis à cette influence pléthorique, et tout le monde sait que l'état pléthorique du cerveau détermine souvent et très-promptement l'état convulsif. N'est-ce pas la pléthore sanguine qui, chez les enfants, pendant le travail de la dentition, produit un engorgement du cerveau, et partant, les convulsions qui sont si fréquentes à cet âge ?

N'est-ce pas l'état pléthorique du cerveau qui, chez les sujets éminemment sanguins, produit également les convulsions ? N'est-ce pas l'état plétorique du cerveau qui, chez les vieillards d'une constitution sanguine, détermine aussi des convulsions fréquentes et souvent mortelles ?

La saignée ne peut donc produire l'avortement chez les femmes enceintes que quand elle est pratiquée sans motif, ou que la perte de sang, résultat de la saignée, est portée jusqu'au déliquium.

32. Le vomissement de sang cesse chez les femmes par l'éruption des menstrues.

32. Sans doute le vomissement de sang est toujours plus fâcheux chez les hommes que chez les femmes, et j'entends par le vomissement de sang, non pas l'hématémèse, mais une hémorrhagie pulmonaire, l'hémorrhagie essentielle, hémorrhagie idiopathique, car cet accident est toujours mortel, tantôt primitivement, tantôt consécutivement, et si l'on cite quelques cas de guérison, ils sont tellement rares qu'ils ne peuvent infirmer notre opinion, je dirai plus, notre conviction. Chez les femmes, quand les menstrues ont été dérangées pendant plusieurs mois sans cause bien connue, il arrive quelquefois que le sang se portant violemment à la poitrine, les femmes crachent d'abord un peu de sang, brillant, rutilant, et finissent par en vomir une certaine quantité à quelques jours d'intervalle ; cet accident, de la dernière gravité, peut disparaître si les menstrues reprennent leur cours ordinaire, et dans ce cas, la guérison peut se consolider. Mais pourtant il est difficile de ne pas conserver d'inquiétude sur l'avenir des organes pulmonaires chez ces sortes de sujets, et si l'on compte quelques guérisons consolidées à la suite de ces différents accidents, on pourrait, je crois, en citer un bien plus grand nombre qui ont succombé à la suite d'une affection chronique des poumons, à la suite d'une phthisie pulmonaire.

33. L'hémorrhagie du nez qui survient lors de la suppression de l'évacuation menstruelle est avantageuse à la femme.

33. Lorsque la femme est arrivée à cet âge où les règles cessent d'après les lois plus ou moins variables de la nature, car cette époque n'est pas bien déterminée, attendu qu'elle arrive chez les unes beaucoup plus tôt, chez les autres beaucoup

plus tard ; mais quelle que soit cette époque, la cessation des règles produit chez un grand nombre de femmes un état de malaise, des douleurs de tête, des douleurs dans la région hypogastrique. Ces douleurs exigent souvent l'emploi de la saignée, qu'on est obligé de renouveler deux, trois, quatre fois par an, et souvent même davantage. Après ces évacuations sanguines artificielles, les femmes éprouvent un bien-être qui est évidemment le résultat de l'opération ; mais cette évacuation est souvent heureusement remplacée par les efforts de la nature, qui établit tantôt des épistaxis, tantôt un flux hémorroïdal. C'est l'observation de ces efforts et de ces résultats produits par la nature qui a mis les praticiens sur la trace qu'ils devaient suivre, quand les femmes arrivées à l'époque de la cessation complète des règles éprouvaient un état de souffrance qui ne pouvait être attribué qu'à cette cause.

Ce n'est pas la seule circonstance dans laquelle la nature produise par ses seuls efforts des hémorrhagies intermittentes, au bénéfice de la constitution de celui qui l'éprouve. Tous les jours on observe que sur les sujets avancés en âge qui sont atteints plus ou moins périodiquement d'un flux hémorroïdal, cette évacuation sanguine a toujours lieu au bénéfice des organes contenus dans les cavités splanchniques. Ainsi, chez ces sujets, pour ainsi dire privilégiés, on observera moins d'accidents du côté du cerveau, du côté du cœur, des poumons et des viscères contenus dans l'abdomen ou dans le bassin ; de là l'indication bien évidente d'avoir recours, à des époques plus ou moins rapprochées, à un flux hémorroïdal artificiel, provoqué par une application de sangsues à l'anus, chez les sujets qui pourraient offrir de l'inquiétude pour les organes contenus dans le crâne, dans le thorax, ou dans l'abdomen.

34. Si une forte diarrhée survient à la femme en état de gestation, il y a à craindre la fausse couche.

34. Cette vérité est tellement reconnue, tellement constatée, qu'elle est, pour ainsi dire, vulgaire. Oui, la diarrhée produit souvent l'avortement, à plus forte raison la dyssenterie : aussi voyons-nous souvent ces accidents produits dans les saisons chaudes ; non pas parce que la chaleur a une influence fâcheuse chez les femmes en état de grossesse, mais parce que l'action impérieuse de cette chaleur les porte à faire usage de boissons froides, de fruits rafraîchissants, d'aliments frais, en un mot, de toutes les substances alimentaires, solides ou liquides, capables de diminuer ou d'éteindre une soif pénible, fatigante, dévorante ; l'ingestion de ces substances débilitantes prépare et détermine la diarrhée, et souvent même la dyssenterie, et par conséquent l'avortement.

Ces accidents fâcheux seraient prévenus facilement, car il ne s'agirait que de dire une fois pour toutes à ces femmes que, dans de pareilles circonstances, au lieu d'avoir recours à l'usage des boissons et des substances alimentaires rafraîchissantes, substances qui agissent toujours en débilitant la constitution, il vaudrait mieux avoir recours à l'emploi d'un régime fortifiant bien plus favorable pour combattre l'effet de la chaleur, pour étancher la soif, et soutenir la constitution dans l'état d'équilibre qui la met à même de résister à toutes les causes qui peuvent préparer un état pathologique.

Ce fait bien établi, savoir que la diarrhée chez la femme enceinte produit souvent l'avortement, confirme pleinement ce que nous disions quelques pages plus haut, sur l'emploi des purgatifs chez les femmes dans l'état de grossesse. Parmi les divers accidents qui peuvent être produits par les purgatifs, nous avons particulièrement signalé la diarrhée, et si dans l'aphorisme que nous avons mentionné, nous n'avons pas été d'avis de suivre le précepte d'Hippocrate, nous voyons que dans celui-ci son opinion vient corroborer la nôtre, et par conséquent confirmer les résultats d'une pratique saine, rationnelle, d'accord avec les observations nombreuses des chirurgiens les plus recommandables sous tous les rapports.

35. L'éternuement qui survient à la femme dans un accès hystérique, ou lors d'un accouchement laborieux, lui est avantageux.

35. L'éternuement est produit par une contraction brusque du diaphragme, qui, en diminuant la capacité du thorax, comprime les poumons avec assez de force pour les obliger à reporter promptement toute la colonne d'air qu'ils contiennent à travers les fosses nasales, et l'air ainsi comprimé s'élance à travers ces mêmes fosses d'une manière brusque et saccadée. Il est difficile de concevoir que cette contraction du diaphragme si passagère puisse avoir de l'influence sur les accès hystériques qui affligent souvent les constitutions féminines : il me semble difficile, pour ne pas dire impossible, d'expliquer cette influence. En effet, ce n'est pas en imprimant une secousse ou une commotion aux organes contenus dans la cavité abdominale qu'on peut espérer voir diminuer la durée d'un accès hystérique ; il semblerait, au contraire, devoir être augmenté par cette commotion, qui tendrait à agacer, à exciter l'utérus, et par conséquent à ajouter à l'état pathologique qu'il subit toujours dans l'hystérie.

Au contraire, il est facile de concevoir que dans l'accouchement laborieux, ces mouvements brusques du diaphragme, en agissant sur l'abdomen, ajoutent à l'excitation de l'utérus, le disposent à rapprocher ses contractions et à augmenter leur durée, et ce double produit devant favoriser le

travail de l'accouchement, peut en amener souvent la terminaison prompte et heureuse.

36. Dans la femme, les menstrues qui sont décolorées et qui se font irrégulièrement indiquent qu'elle a besoin d'être purgée.

36. S'il est vrai que chez la femme les menstrues décolorées annoncent ou un état de faiblesse générale, ou un commencement d'affection de l'utérus, on repoussera toujours l'idée d'employer des purgatifs dans de pareilles circonstances. Dans la première supposition, le purgatif augmentera l'état de débilité de la malade par les évacuations alvines multipliées que déterminera son action. Dans la seconde supposition, l'excitation qui sera produite dans l'appareil digestif par le passage du purgatif réagira d'une manière fâcheuse sur l'état pathologique de l'utérus, pourra précipiter la marche de cet état pathologique, et par conséquent déterminer des accidents extrêmement graves. Déjà nous avons proscrit les purgatifs dans l'état de grossesse comme pouvant déterminer la diarrhée, la dyssenterie, les mouvements convulsifs et l'avortement. Dans cette dernière circonstance, c'est-à-dire lorsque les menstrues sont décolorées par des mucosités plus ou moins abondantes qui viennent les altérer, il serait très-imprudent d'avoir recours à l'action des purgatifs, qui devraient nécessairement empirer l'état de la malade.

37. Si les mamelles s'affaissent subitement dans une femme enceinte, elle fait une fausse couche.

37. On voit souvent chez des femmes enceintes le développement et l'affaissement alternatif des mamelles, sans qu'il y ait avortement. En effet, cet affaiblissement peut être le résultat d'une suspension de l'appétit, et par conséquent de l'usage très-modéré d'aliments; il peut encore être le résultat de l'action du froid; quelquefois, le plus souvent probablement, l'effet de quelque peine morale plus ou moins vive. Mais aucune de ces causes ne doit nécessairement déterminer l'avortement; et en effet, après quelques jours, après quelques semaines, les seins reprennent leur volume proportionné à l'époque de la grossesse dans laquelle la femme se trouve, et elle arrive au terme de l'accouchement sans avoir éprouvé autre chose que les légers accidents signalés plus haut.

Ainsi, l'état des mamelles n'influe pas d'une manière nécessaire sur la disposition de l'utérus, tandis que celui-ci, au contraire, exerce sur elles une influence évidente, une influence de tous les moments, et toujours quand il arrive un avortement, l'affaissement des mamelles en est le résultat inévitable.

38. Dans la femme dont la grossesse est de deux enfants, si l'une des deux mamelles s'affaisse, la fausse couche atteint l'un ou l'autre des jumeaux; celui du sexe masculin, si c'est la droite; et celui du sexe féminin, si c'est la gauche.

38. Le principe établi dans cet aphorisme nous paraît d'autant plus erroné, que chez les femmes dont l'utérus contient deux fœtus, très-souvent ces fœtus sont du même sexe, et alors comment expliquer par le côté droit ou le côté gauche la sortie d'un des deux enfants? d'ailleurs, tous les praticiens savent qu'un fœtus ne peut pas être expulsé de l'utérus sans que cet organe ait d'abord éprouvé une suite de contractions dont les progrès successifs auront porté un des fœtus dans le vagin, et de là hors de la vulve. Tous les praticiens savent qu'une fois que les contractions de l'utérus ont expulsé l'un des fœtus contenu dans sa cavité, les contractions doivent continuer jusqu'à ce que le second fœtus ait été expulsé comme le premier; et s'il existe quelques exceptions extrêmement rares à la règle que nous venons d'établir, ces exceptions elles-mêmes prouvent l'autorité de cette règle.

Il nous est donc impossible, en consultant l'expérience des praticiens les plus recommandables, d'admettre l'assertion contenue dans l'aphorisme cité plus haut.

40. Chez les femmes, lorsque le sang remonte aux mamelles, c'est un signe prochain de folie.

40. Chez la femme, la sensibilité de l'utérus, souvent excitée par une imagination ardente, par des lectures dangereuses, par l'habitude ou l'abus des plaisirs vénériens, peut déterminer un afflux du sang vers les mamelles, afflux caractérisé par le développement du sein, par la couleur rouge du mamelon, et par l'érection du tubercule; et pourtant ce n'est pas une raison pour que ces sortes de sujets soient frappés d'aliénation mentale; ce sont des faits observés chaque jour dans la pratique, et à l'évidence desquels il est impossible de se refuser. Ces mêmes faits nous obligent donc encore de constater l'assertion établie dans cet aphorisme.

41. Lorsque vous voulez savoir si une femme est enceinte, donnez-lui à boire de l'eau miellée, au moment de se coucher, sans avoir pris d'aliments; si elle sent des tranchées autour du ventre, il y a grossesse, autrement il n'y a pas grossesse.

41. S'il est vrai que dans un assez grand nombre de circonstances il soit assez difficile de constater chez la femme l'état de grossesse, cependant il existe assez de données positives pour triompher

souvent des difficultés plus ou moins multipliées et pour reconnaître la présence d'un fœtus dans l'utérus. Sans parler des signes rationnels, un assez grand nombre de signes sensibles vient éclairer le diagnostic du chirurgien, pour constater d'une manière positive l'état de l'utérus. Mais il nous est impossible de concevoir qu'on ait pu et qu'on puisse conseiller d'ingérer dans l'estomac quelques verres d'eau miellée pour interroger la sensibilité de l'utérus ; car cette boisson serait plutôt capable de calmer et de détruire les douleurs si elles existaient, que d'en déterminer une seule. C'est encore une de ces assertions que nous sommes obligé de repousser comme illusoire, et ne pouvant avoir aucune espèce de valeur, puisque ce moyen produirait plutôt l'effet opposé.

42. La femme enceinte a bonne couleur si toutefois l'enfant qu'elle porte est un garçon, et mauvaise couleur si c'est une fille.

42. On a remarqué assez souvent que des femmes enceintes étaient en général plus souffrantes quand l'enfant était du sexe féminin, que leur grossesse est plus laborieuse, les dispositions nerveuses très-prononcées. Il existe très-souvent un état d'agacement, d'irritation, dont il est impossible de reconnaître les causes; cependant, on voit assez souvent des exceptions à cette observation, et il n'est pas très-rare de voir des femmes enceintes d'une fille, et pourtant n'éprouver presque pas d'accidents pendant les neuf mois de la grossesse. Toutefois, le neuvième mois, quel que soit le sexe, est surtout pénible, parce qu'à cette époque les fibres de l'utérus se distendent plus difficilement, et qu'à cette époque surtout, la femme, déjà fatiguée par les huit mois qui ont précédé, est plus disposée à une exaltation de sensibilité qui produit toujours des résultats fâcheux.

43. Si durant la gestation un érysipèle attaque intérieurement l'utérus, il y a danger de mort pour la femme.

43. L'auteur de cet aphorisme entend sans doute par le mot érysipèle une inflammation aiguë, une métrite, et dans l'état de grossesse, une métrite est une des maladies les plus graves ; d'abord par la violence des douleurs qu'elle détermine, ensuite par les contractions qu'elle imprime aux fibres musculaires de l'utérus, enfin parce qu'elle porte un trouble extrême dans toute l'économie. Le résultat inévitable de cette maladie est l'avortement ou l'accouchement avant terme : dans ces deux suppositions, la femme doit fréquemment succomber, et par conséquent dans l'espace de quelques jours la vérité de cet aphorisme doit être confirmée.

En effet, s'il est vrai de dire qu'à la suite des accouchements, la métrite, la métro-péritonite, se terminent dans la plupart des cas d'une manière funeste, quoique, dans cette circonstance, l'utérus soit délivré de la présence du fœtus et du placenta, que ne doit-il pas arriver quand l'uterus contient les produits de la conception à une époque plus ou moins avancée de la grossesse ?

Tous les jours, on voit des chutes sur la région abdominale, quand la femme est enceinte, produire une inflammation violente de l'utérus, des contractions qui expulsent le fœtus et le placenta, et déterminent promptement la mort de la femme.

44. Les femmes enceintes qui sont extrêmement fluettes font des fausses couches avant que le corps ait pris de la consistance.

44. Rien de plus fâcheux ni de plus funeste que de voir des jeunes filles de quinze, seize, dix-sept ans, qui ne sont pas encore arrivées à leur degré de développement, exposées à devenir enceintes ; le mariage, dans ce cas, est une circonstance très-fâcheuse qui amène nécessairement une foule d'accidents plus graves les uns que les autres. En effet, une femme d'une constitution grêle, faible, et presque valétudinaire, est incapable de supporter l'état de grossesse ; elle est incapable surtout de fournir au fœtus des sucs nourriciers assez abondants ; l'utérus n'a pas la capacité nécessaire pour contenir ce produit de la conception ; le col utérin est trop faible pour résister à l'effort de contraction des fibres musculaires ; de là nécessairement avortement. C'est donc une faute grave d'exposer une jeune personne qui n'a pas acquis encore le degré d'énergie qu'elle a le droit d'attendre de sa constitution, à devenir enceinte avant l'entier développement de ses forces ; c'est vouer son avenir à un état déplorable, à un état de misère et de souffrance interminable.

Un premier avortement ayant été provoqué et déterminé par les circonstances que nous venons d'énumérer, un second, un troisième, etc., sont pour ainsi dire inévitables. Aussi, règle générale, un mariage ne doit être constacté, de la part de la femme surtout, que quand sa constitution est arrivée à son plus haut degré de force et d'énergie.

45. Celles dont l'embonpoint est médiocre, sont prises de fausses couches le deuxième ou troisième mois sans cause manifeste; chez ces dernières, les orifices des vaisseaux utérins, remplis de glaires, ne sont pas capables de soutenir le poids du fœtus, et il y a rupture.

45. Il arrive souvent que dans l'état de grossesse, la muqueuse qui tapisse la cavité de l'utérus secrète une quantité de mucus plus considérable que dans l'état de vacuité de cet organe ;

mais on ne peut voir dans cette augmentation de sécrétion une cause d'avortement. Cet accident doit être surtout attribué à la faiblesse du col de l'utérus, qui, n'ayant pas assez d'énergie pour résister aux contractions des fibres utérines, se dilate assez largement pour livrer passage au produit de la conception. En effet, pour qu'une grossesse puisse parcourir heureusement ses différentes périodes, deux conditions sont indispensables du côté de l'utérus : 1° possibilité de la distension successive du corps de l'utérus ; 2° résistance énergique du col pour ne pas céder aux contractions exercées chaque jour sur lui par les fibres musculaires utérins. Il y a plus, il est nécessaire que cette résistance du col existe au moment du travail de l'accouchement, car s'il n'offrait pas cette résistance, l'accouchement serait trop brusque, et suivi des conséquences les plus fâcheuses. Ainsi donc, resistance du col utérin pendant la gestation, résistance de ce même organe pendant le travail, sont deux conditions nécessaires, indispensables, pour une grossesse heureuse et pour un accouchement sans danger, c'est pour cette raison qu'il est nécessaire que chez une femme exposée à devenir enceinte, tous les organes soient arrivés à leur plus haut degré de développement et d'énergie.

46. Les femmes excessivement grasses ne conçoivent pas parce que l'épiploon comprime l'orifice de l'utérus; et avant qu'elles ne soient maigries, la fécondité ne peut avoir lieu.

46. Il est presque inutile de relever ici l'erreur contenue dans cet aphorisme; elle prouve que son auteur ne connaissait pas les rapports de l'épiploon avec l'utérus, dont le col, situé à la partie supérieure du vagin, et enveloppé exactement par les tuniques vaginales, se trouve loin des régions où flotte l'épiploon, et par conséquent n'a rien à craindre de sa présence dans l'acte de la génération. Et si parfois l'épiploon très-développé se trouve en contact avec un des points de l'utérus, c'est à la face externe et supérieure de son bas-fond situé entre la vessie et le rectum ; et cette circonstance, d'ailleurs très-rare, ne produirait pas l'effet que paraît redouter Hippocrate, et pourtant il est vrai de dire que les femmes qui ont beaucoup d'embonpoint deviennent très-rarement enceintes. Ne pourrait-on pas, dans ce cas, supposer avec quelque vraisemblance que le col de l'utérus a aussi chez ces femmes un degré d'obésité qui fait qu'il ne se dilate point, que, par conséquent, son occlusion complète, résultat de l'obésité, est un obstacle invincible à la fécondation? Cependant, on voit encore des exceptions à cette règle, et des femmes très-grasses devenir enceintes; mais l'exception confirme la règle, et par conséquent il est donc vrai de dire que les femmes extrêmement grasses sont rarement fécondes; dans ce cas l'obstacle ne peut venir et ne vient jamais de la position de l'épiploon.

47. Lorsque l'utérus incliné sur l'ischion est attaqué de suppuration, nécessairement il s'y établit un ulcère sinueux.

47. L'inclinaison du col de l'utérus, soit à droite, soit à gauche, soit en avant, soit en arrière, peut dépendre d'un grand nombre de causes dont nous n'avons pas à nous occuper ici ; mais cette inclinaison, quelle qu'elle soit, ne peut déterminer la formation d'un ulcère qui ne peut être produit que par des inflammations répétées, ou par un état de débilité causée par des maladies plus ou moins nombreuses appartenant à des affections scrofuleuses, vénériennes ou cancéreuses. L'ulcère est donc toujours précédé de symptômes faciles à apprécier 1° sous le rapport de la douleur; 2° sous le rapport de l'écoulement de matières visqueuses, blanchâtres, jaunâtres, souvent mêlées de sang, et finissant par se compliquer de douleurs lancinantes, de douleurs cancéreuses. Or, il est impossible que cette série de symptômes si terribles puisse être le résultat d'une simple déviation du col de l'utérus ; il arrive bien plus souvent, au contraire, que quand l'utérus a été envahi par un état squirrheux, par un état cancéreux, le développement de son corps plus prononcé à la partie antérieure, reporte le col à la partie postérieure, *et vice versâ*. S'il est plus développé sur une de ses parois latérales, toujours par le résultat d'un carcinome plus ou moins avancé, l'inclinaison a lieu du côté opposé à la tuméfaction, qui, située du côté gauche, porte le col du côté droit, et située du côté droit, porte le col du côté gauche. La déviation serait donc ici plutôt la conséquence que l'antécédent de la formation d'un ulcère.

Au reste, il arrive très-souvent dans l'état de vacuité, que le col de l'utérus présente des déviations plus ou moins remarquables, sans qu'il en résulte aucun accident pour l'intégrité de l'utérus.

48. Dans le côté droit de la femme sont les fœtus mâles ; et dans le côté gauche, les fœtus femelles.

48. Cette erreur qui a traversé tant de siècles existe encore aujourd'hui, et des praticiens, d'ailleurs recommandables par leur instruction, sont encore disposés à ajouter foi à cette futile assertion ; mais pour la combattre, mais pour la détruire, il suffit de dire que très-souvent un utérus qui, dans l'état de grossesse contient deux fœtus, en renferme très-fréquemment un du sexe masculin et un du sexe féminin : par conséquent, cet aphorisme contient une erreur grave qui ne peut en imposer qu'à des esprits légers, incapables de réflexions ou amis du merveilleux.

49. Pour fairesortir l'arrière-faix, employez un sternutatoire, tandis que vous comprimerez la bouche et le nez.

49. Il est difficile de concevoir comment, en s'opposant à la respiration, après avoir administré un sternutatoire, on parviendrait à expulser le placenta de l'utérus, car la masse placentaire ne peut être extraite que quand l'utérus, en se contractant progressivement, a détaché progressivement les adhérences du placenta, et c'est quand les adhérences sont toutes détruites, que les contractions continues de la matrice poussent le placenta dans le col, puis la dilatation du col permet à la masse placentaire d'arriver dans le vagin, et à cette époque de la délivrance, cette masse détachée s'échappe à travers la vulve, ou spontanément, ou avec une très-faible assistance de la personne chargée de donner des soins à la femme en travail. Mais, je le répète, les contractions de l'utérus doivent être toutes graduées et successivement augmentées par les efforts de la nature. Des mouvements brusques, convulsifs, seraient fâcheux dans une pareille circonstance, et c'est pour ce motif que nous repoussons l'effet des sternutatoires, que ne peut admettre une théorie raisonnable et méthodique.

50. Si vous voulez faire cesser l'évacuation menstruelle trop abondante, appliquez une grande ventouse sur les mamelles.

50. La menstruation fréquente ou abondante est presque toujours la conséquence d'un état de faiblesse et quelquefois même de maladie de l'utérus; il est donc d'une haute importance de diminuer cette trop grande quantité de sang perdu à chaque époque, car si on ne combattait pas de bonne heure, et par un régime approprié à ces accidents, l'excès de ce flux menstruel, on ne tarderait pas à voir l'utérus devenir le siége de douleurs plus ou moins vives; à ces douleurs succèderait un écoulement muqueux, jaunâtre, sanguinolent, et ces accidents allant toujours en croissant, l'on verrait l'état de la femme devenir de jour en jour plus déplorable, et arriver à une terminaison funeste. Il faudra donc bien se garder d'appliquer des ventouses sur les seins, car, dans une pareille occurrence, les applications seraient plus fâcheuses qu'utiles, puisque l'irritation établie sur chacun des seins serait reportée avec une grande énergie sur l'utérus déjà malade, et dont l'affection serait rapidement augmentée par l'effet de ce double stimulus, d'autant plus funeste qu'il aurait été plus actif ou répété plus fréquemment.

51. Le col de l'utérus est fermé en même temps que la femme a conçu.

51. Les observations les plus multipliées ont prouvé et prouvent chaque jour encore qu'il n'existe pas une occlusion complète du col de l'utérus lorsque la femme a conçu. On peut obtenir cette conviction par le toucher; mais le fait le plus positif pour un pareil témoignage est la grande quantité d'autopsies pratiquées sur des femmes mortes, à la suite d'une maladie aiguë ou chronique dans le commencement de leur grossesse. Sans doute il est essentiel que le col de l'utérus, maintenu, resserré par sa propre énergie, tienne cette ouverture aussi petite que possible, mais quelle que soit sa dimension, cette ouverture n'en existe pas moins, et par conséquent l'occlusion complète de l'ouverture du col utérin ne peut pas être admise.

52. Si le lait coule abondamment des mamelles d'une femme enceinte, ce signe annonce la faiblesse du fœtus; si au contraire les mamelles sont dures, c'est une marque que le fœtus est bien portant.

52. Les femmes fortes et d'une bonne constitution sont en général celles dont les grossesses sont les plus heureuses, dont les enfants sont les plus vigoureux; chez ces mêmes femmes, le lait ou plutôt une espèce de matière laiteuse, est facilement préparée par les mamelles, de sorte que d'assez bonne heure cette matière laiteuse s'échappe chaque jour par les petites ouvertures qu'on remarque au bout du sein, et pourtant le fœtus se développe et se fortifie jusqu'au neuvième mois, époque de la délivrance, et c'est surtout chez les femmes fortes qu'on remarque ce phénomène. Au contraire, les femmes de constitution faible, valétudinaire, quand elles deviennent enceintes, sont ordinairement très-souffrantes, et cette suite de douleurs, ajoutée à la faiblesse primitive, influe d'une manière très-fâcheuse sur le développement du fœtus : les seins sont peu gonflés, peu distendus par cette matière laiteuse qu'on remarque chez les femmes robustes, par conséquent l'écoulement laiteux dont il est ici question est rare et très peu abondant. Mais ce n'est pas la quantité ou la qualité de cet écoulement laiteux qui influe sur la faiblesse du fœtus, donc les causes se trouvent et dans la constitution primitive et dans la suite de douleurs qui accompagnent les premiers jours et souvent les premiers mois de la grossesse.

Cette faiblesse de l'enfant est souvent déterminée par les vomissements auxquels est souvent exposée la femme enceinte; elle rejette souvent et longtemps les boissons et les aliments confiés à l'estomac; ou bien quand ces vomissements n'existent pas ou n'existent plus, la femme est souvent exposée à de mauvaises digestions, à du dévoiement, quelquefois même à la diarrhée; et certes il n'est pas difficile d'apercevoir que toutes ces causes débilitantes doivent avoir une influence

bien fâcheuse sur la femme elle-même et surtout sur le produit de la conception.

53. Lorsque les femmes enceintes sont menacées de fausses couches, les mamelles s'affaissent ; mais si elles redeviennent dures, ou la douleur s'y déclare, ou elle se porte à la hanche, ou aux yeux, ou aux genoux, et la fausse couche n'a point lieu.

53. Il est difficile d'apercevoir, dans l'affaissement des mamelles, les signes d'une fausse couche ; et en effet on ne voit pas comment les modifications qui arriveraient à ces organes dans le cas d'affaissement pourraient influer sur l'utérus. Quant à la douleur vague dont il est question dans cet aphorisme, qu'elle se porte soit sur un point, soit sur un autre, sa marche incertaine et variable est tout à fait indifférente pour le développement du fœtus et pour l'intégrité de l'utérus ; et, je le répète, on ne voit pas ici comment on pourrait redouter la fausse couche, à moins que la douleur dont il est question se porte sur l'utérus lui-même, ne détermine son inflammation, la contraction de ses fibres musculaires, et par conséquent ne provoque l'avortement. Alors les mamelles pourront s'affaisser, et dans ce cas l'affaissement sera le résultat, mais non l'avant-coureur de l'avortement. La cause essentielle de cet accident appartient sans doute, dans la plupart des cas, à la faiblesse normale de l'utérus, mais il est aussi très-fréquemment le résultat des causes physiques ou morales qui agissent plus ou moins fortement sur cet organe ; et certes on ne rangera pas parmi les causes énergiques l'affaissement des mamelles.

54. Les femmes dont le col de l'utérus est dur, ont nécessairement cet orifice fermé.

54. Nous disions dans un des aphorismes précédents, que chez les femmes d'un embonpoint exagéré, l'obésité du col pouvait, en reportant les faces internes de ses parois l'une vers l'autre, fermer complétement ce col. A plus forte raison, si le tissu du col utérin présente un état de dureté remarquable, les faces internes de ces parois se rapprochent d'une manière exacte ; mais ce rapprochement ne peut être produit que par un état pathologique de plus ou moins longue durée. Le col ne peut être dur que quand il est devenu squirrheux ; et cet état n'est que le produit d'une inflammation plus ou moins vive, plus ou moins longue et opiniâtre, mal combattue dans le principe, ou ayant résisté complétement aux traitements les mieux dirigés. Il faut bien se garder de tourmenter cet état squirrheux ; il faut bien se garder d'employer des injections stimulantes, de faire des applications irritantes ; il faut bien se garder surtout de porter l'instrument tranchant sur cet organe, arrivé déjà à une dégénérescence fâcheuse, dont les progrès seraient augmentés d'une manière rapide par une conduite aussi contraire aux principes d'une pratique sage et éclairée, d'une conduite qui serait un contre-sens en chirurgie.

55. Les femmes qui durant la gestation sont attaquées de fièvres, ou qui maigrissent sans causes manifestes, accouchent avec peine et danger, ou même elles courent risque de la vie en faisant une fausse couche.

55. Chez la femme enceinte, la sensibilité de l'utérus exalte souvent la sensibilité générale jusqu'à l'état de souffrances, jusqu'à un état, pour ainsi dire, pathologique. Il n'est donc pas étonnant de voir une maladie aiguë présenter chez elle des symptômes beaucoup plus graves que quand l'utérus est dans l'état de vacuité. Aussi ces maladies offrent souvent des complications très-fâcheuses et qui ont une grande influence sur le produit de la conception : tantôt le fœtus, frappé de mort, séjourne dans l'utérus pendant plusieurs jours, et sa présence ajoute à la gravité de la maladie ; souvent même cette maladie se termine d'une manière funeste, et cette terminaison est la conséquence du séjour du fœtus mort dans la cavité utérine. D'autres fois, la femme se rétablit, et ce n'est qu'après quelques jours de convalescence qu'on peut constater la mort du fœtus. Le travail que la nature est obligée de fournir pour l'expulsion de l'enfant privé de la vie est toujours pénible, toujours très-dangereux, retarde la convalescence, et souvent réproduit un état de maladie nouveau dans lequel la femme succombe. Pourtant, il n'est pas rare de voir la nature triompher de tous les obstacles, et déterminer l'expulsion de l'enfant mort depuis plusieurs jours, et présentant déjà un état de putréfaction. Cette expulsion une fois obtenue, la malade a besoin des plus grands soins, des plus grands ménagements, pour assurer une convalescence souvent traversée par des accidents nombreux.

Parmi les maladies aiguës qui, chez la femme enceinte, déterminent le plus souvent la mort du fœtus, on doit signaler les maladies éruptives, la rougeole, la scarlatine, la petite-vérole surtout ; car il est bien rare de voir une femme enceinte, atteinte de petite-vérole, résister à cette cruelle affection. Les fièvres cérébrales sont aussi très-redoutables, et se terminent souvent d'une manière funeste pour la mère et pour l'enfant. Les pleurésies, les péripneumonies, quoique très-dangereuses pour le fœtus, doivent pourtant inspirer moins de craintes que celles déjà énumérées. La gastrite, la gastro-entérite, la dothinentérite, la péritonite surtout doivent donner de graves inquiétudes pour la mère et pour l'enfant.

Aussi, dans toutes ces affections dont le caractère est essentiellement aigu, le pronostic est toujours très-fâcheux ; il sera d'autant plus grave que le siége essentiel de la maladie sera plus voisin de l'utérus.

56. Si la convulsion ou la défaillance survient lors du flux menstruel, c'est un mauvais signe.

56. Quand la menstruation se trouve accompagnée de mouvements convulsifs, il est difficile de prévoir à quel point s'arrêteront ces sortes d'accidents; car souvent ils sont suivis d'une exaltation cérébrale qui va quelquefois jusqu'à la manie. Combien d'affections hystériques débutent avec de pareils symptômes! aussi, chez ces sortes de sujets, il faut se hâter de prescrire un régime approprié à la fréquence et à l'intensité des mouvements convulsifs. Dans presque toutes les circonstances, les symptômes sont développés par un état moral qui souvent est un secret pour les praticiens appelés à donner des soins à la malade. Il faut qu'ils devinent ce secret, afin que leur conduite puisse être basée sur des principes certains, et pour qu'ils puissent combattre à la fois avec avantage l'affection morale et l'affection physique ; mais malheureusement ces affections sont souvent rebelles, et résistent à tous les efforts et à toutes les ressources de l'art. Aussi, dès ce début, on doit porter un pronostic fâcheux, et sur le caractère, et sur la durée, et sur la terminaison de la maladie.

Quand la menstruation est accompagnée de défaillance, on doit encore se tenir en garde sur les conséquences de pareils symptômes ; ces défaillances n'arrivent que chez des femmes faibles dont la perte est modérée, ou chez la femme forte dont la menstruation est très-abondante. Dans le premier cas, on doit craindre que cette défaillance n'aille jusqu'à l'extinction complète des forces de la malade; par conséquent, il faut de suite avoir recours à tous les moyens fortifiants; il faut les employer d'une manière continue et pendant un laps de temps plus ou moins long. Mais, quel que soit le succès qu'on obtienne d'une pareille conduite, l'avenir de la malade sera toujours menacé de la manière la plus fâcheuse, et l'on doit craindre pour elle une affection chronique de l'utérus, affection qui ne pardonne jamais.

Dans la seconde supposition, c'est-à-dire lorsqu'une femme forte éprouve des défaillances au moment même de la menstruation, parce que cette menstruation est excessive, il sera facile de combattre ces accidents, puisque la constitution vigoureuse de la femme présente des ressources qu'il sera possible d'employer à son bénéfice. Une vie moins sédentaire, un régime moins substantiel, des boissons délayantes, rafraîchissantes et même, s'il est nécessaire, débilitantes, devront ramener la menstruation à ses proportions normales. Ainsi, le pronostic sera donc bien différent dans ces deux circonstances que nous avons supposées, puisque dans la première, tout est danger; dans la deuxième, tout est espérance.

57. La menstruation trop abondante amène des maladies ; et si elle ne se fait pas, il survient des affections causées par l'utérus.

57. Quand on observe chez une femme une menstruation trop fréquente ou trop abondante, le premier parti à prendre, c'est d'explorer l'utérus par le toucher. Tantôt on reconnaîtra la présence d'un corps étranger dans cet organe, un polype, par exemple; alors la conduite du chirurgien est tracée à l'instant même. Dans ce cas, l'affection est facile à constater ; d'autres fois, le doigt reconnaîtra un état de développement anormal du col, présentant tantôt un état de mollesse, tantôt un état de dureté ; quelquefois il sera impossible de trouver aucun phénomène pathologique par l'exploration, et dans les deux circonstances, la position de la malade sera fort inquiétante ; car, lorsque l'abondance des règles n'est pas déterminée par la présence d'un corps étranger dans la cavité de l'utérus, on doit attribuer l'excès de la menstruation à une maladie du tissu de l'organe. Or, cette maladie fait des progrès certains, et dont le développement inévitable produit la désorganisation de l'utérus, et par conséquent détermine la mort de la malade au milieu des accidents et des douleurs les plus déplorables. Malheureusement, cette terminaison est devinée longtemps à l'avance par le praticien chargé du traitement de cette affection, qui est encore aujourd'hui un des écueils de la chirurgie.

Quand la femme, arrivée à l'époque de la puberté, n'est pas soumise à une menstruation régulière, ou plutôt quand cette menstruation n'a pas paru, il est impossible que cette anomalie ne produise pas des symptômes très-graves et des accidents plus ou moins nombreux, en raison de l'influence que l'utérus exerce sur les différents organes contenus dans les cavités splanchniques. Ainsi cette influence s'exercera tantôt sur le cerveau, tantôt sur l'estomac, tantôt sur ces deux organes à la fois; cette influence s'exercera encore dans d'autres circonstances sur le cœur, mais plus souvent elle s'exercera sur le poumon. Il n'est pas très-rare de voir une hémorrhagie pulmonaire remplacer la menstruation ; ce phénomène, observé quelquefois, se rencontre pourtant assez rarement; mais quels que soient les organes qui soient affectés sympathiquement par la non-existence de la menstruation chez les femmes, celles-ci sont toujours vouées à un état de souffrance, à un état de douleur qui tourmente constamment leur triste existence. Il est inutile de dire que dans

ces espèces d'anomalies, une première exploration doit être faite pour s'assurer de la conformation des parties génitales, afin d'établir les rapports de ces parties entre elles, et détruire les causes qui pourraient s'opposer à l'harmonie normale de ces mêmes rapports.

58 La strangurie survient à l'inflammation du rectum et de l'utérus, ainsi qu'à la suppuration des reins; et le hoquet à l'influence du foie.

58. Le mot strangurie, dérivé du grec *στράγξ* goutte, et *οὖρον* urine, exprime d'une manière évidente cet état pathologique dans lequel le malade laisse échapper goutte à goutte l'urine, au milieu des douleurs les plus intolérables, et par conséquent ne peut avoir de rapport qu'avec les maladies de la vessie et surtout avec les maladies de la prostate, et plus encore du canal de l'urètre. Il est probable que par le mot strangurie, l'auteur de cet aphorisme a voulu parler du ténesme. En effet, cette affection existe toutes les fois que le rectum est enflammé, soit d'une manière passagère, soit d'une manière plus ou moins longue, soit d'une manière interminable; ainsi, dans l'inflammation éphémère de quelques hémorrhoïdes, dans l'inflammation plus ou moins prolongée de la dyssenterie, à la suite d'un développement carcinomateux ou squirrheux des tuniques de cet intestin, dans ces différentes inflammations, le ténesme présente un grand nombre de variétés. Toutefois, dans les deux premiers cas, la guérison est obtenue très-fréquemment; tandis que dans le troisième, l'affection résiste à tous les moyens employés pour la combattre, la terminaison est toujours funeste, et la mort est précédée de douleurs lancinantes et très-aiguës qui vont toujours croissant jusqu'au dernier moment.

L'inflammation de l'utérus produirait plutôt, par son influence de proximité avec la vessie, des envies fréquentes d'uriner; mais, dans la plupart des circonstances, l'inflammation de cet organe se concentre dans les membranes qui la composent, se complique très-souvent de péritonite aiguë, et, dans ce cas, la maladie se termine très-souvent d'une manière funeste.

La suppuration des reins, quand elle est produite par le développement de petits graviers plus ou moins nombreux, qui s'échappent à travers les uretères, en causant toutefois sur leur passage des douleurs souvent très-vives, peuvent déterminer par leur présence dans la cavité vésicale une irritation assez forte de cette membrane, pour qu'une quantité de sang versé par les vaisseaux de la muqueuse vésicale colore les urines qui sont expulsées par les contractions de la vessie, et transmises au-dehors par le canal de l'urètre. Ce phénomène peut être accompagné de douleurs assez vives augmentées encore par les contractions de la vessie au moment où le besoin d'uriner se fait sentir. Mais, dans aucun cas, la suppuration des reins ne pourrait produire de pareils résultats. Cette suppuration se mêlerait aux urines, serait expulsée avec elles, et non-seulement la malade n'éprouverait pas les anxiétés de la strangurie, mais je suis convaincu qu'elle ne ressentirait aucune douleur pendant la sortie des urines.

L'inflammation du foie offre, comme toutes ses affections, différentes nuances, et pour peu qu'elle soit arrivée à un degré d'exaltation considérable, bientôt elle exerce une influence fâcheuse sur le diaphragme, influence qui peut déterminer le hoquet dont il a été question; mais ce hoquet est ici purement symptomatique; il n'est que secondaire, et, pour le faire cesser, c'est contre l'inflammation de l'organe hépatique qu'il faut diriger toute son attention. Rien n'est plus facile que de reconnaître l'inflammation du foie; nous avons déjà indiqué les symptômes qui la caractérisent dans un des aphorismes précédents. Nous renvoyons donc le lecteur au chapitre que nous indiquons.

59. Si une femme ne conçoit pas, et que vous vouliez savoir si elle peut engendrer, environnez-la de couvertures et faites-lui prendre une fumigation aromatique; si l'odeur vous paraît avoir monté à travers le corps vers le nez et la bouche, croyez que la femme par elle-même n'est pas stérile.

59. Nous ne mentionnons ici cet aphorisme que pour signaler hautement cette assertion comme fabuleuse, et pour la repousser de toutes nos forces. En effet, quel résultat peut-on espérer de pareilles épreuves; il faut une imagination bien exaltée ou bien flexible pour se laisser aller à de pareilles croyances. Au reste, ce préjugé pouvait exister au temps où vivait l'auteur de cet aphorisme, mais depuis longtemps, et surtout aujourd'hui, de pareils principes non-seulement n'obtiendraient aucune croyance, mais seraient bientôt voués au ridicule.

60. Il est impossible que le fœtus se porte bien si la menstruation a lieu pendant la gestation.

60. On peut contester la vérité du principe émis dans cet aphorisme par des faits nombreux. En effet, on voit assez souvent des femmes réglées pendant les premiers mois de leur grossesse donner le jour à des enfants bien constitués. On voit aussi, mais plus rarement, des femmes réglées pendant toute la durée de leur grossesse mettre au monde des enfants bien portants, et ces résultats arrivent dans le plus grand nombre des cas. Il est probable que l'auteur de cet aphorisme a confondu la menstruation avec ces hémorrhagies

intermittentes qui se reproduisent après des intervalles irréguliers, mais qui sont déterminées par l'implantation d'une portion du placenta sur le bord de l'orifice de l'utérus. Dans ce cas, la pression exercée par le corps de l'enfant sur le point d'insertion placentaire détermine des hémorrhagies qui, quoique interrompues pendant un certain laps de temps, n'en continuent pas moins d'une manière d'autant plus inquiétante qu'à mesure que le volume du fœtus est plus considérable, la pression qu'il exerce est plus énergique, détermine des hémorrhagies plus abondantes, plus fréquentes, et il est très-rare que la femme arrive jusqu'au neuvième mois de sa grossesse, car l'avortement ou l'accouchement avant terme sont le résultat inévitable de l'insertion d'une portion du placenta sur le bord du col de l'utérus; et si on cite quelques exceptions à cette règle générale, elles doivent être extrêmement rares; on en voit très-peu d'exemples dans les auteurs, et encore ces résultats sont très-difficiles, pour ne pas dire impossibles à concevoir.

61. Si les menstrues sont supprimées sans qu'il survienne à la femme ni fièvre ni frisson, mais qu'elle ait du dégoût, croyez à la grossesse.

61. Sans doute la suspension des menstrues qui n'est précédée ou accompagnée ni de fièvres, ni de douleurs, établit une présomption en faveur de la grossesse, mais ce n'est qu'une présomption, et pour y croire, il faut des signes concomitants, et qui caractérisent d'une manière plus positive l'état de grossesse; car souvent on a vu la suspension d'une, de deux, ou même de trois époques, exister sans que la femme soit enceinte, et il y aurait de l'imprudence à donner l'assurance d'un état de grossesse si l'on avait pour seul signe la suppression des menstrues. Il n'est pas un chirurgien accoucheur qui n'ait eu fréquemment dans la pratique l'occasion d'observer très-souvent que ce serait donner très-légèrement à une femme l'espérance d'être enceinte, si on n'avait pour tout signe de cet état que la suspension du flux menstruel sans fièvre et sans douleur.

65. Ceux dont les plaies sont accompagnées de tumeurs ont rarement des convulsions, des délires; mais la tumeur disparaissant tout à coup, si la blessure est à la partie postérieure, il survient des spasmes et le tétanos; mais si la blessure est en devant, il en résulte des délires; des douleurs de côté aiguës, l'empyème, ou la dyssenterie, si la tumeur était rouge ou la plaie saignante.

65. Les plaies qui sont accompagnées de tumeurs sont en général les résultats d'affections scrofuleuses, vénériennes, ou cancéreuses. Il est difficile de concevoir, dans ces trois suppositions, comment ces différentes tumeurs, quelle que soit la région qu'elles occupent, soit la région postérieure, soit la région antérieure, pourraient déterminer le tétanos; car s'il est vrai que cette complication si terrible soit constamment, et je suis complétement de cette opinion, le résultat d'une ou de plusieurs filets nerveux, comment pourrait-on concevoir que la pression exercée par la présence des tumeurs dont il est question, tumeurs qui ne peuvent que comprimer les filets nerveux sur le trajet desquels ils se trouvent, puisse produire par cette compression, quelque énergique que vous la supposiez, le développement du tétanos. Il n'est pas un praticien qui puisse concevoir de pareilles inquiétudes, il n'est pas un auteur qui ait cité un pareil phénomène, un pareil résultat.

Nous ne concevons pas davantage la production du délire, parce que les tumeurs qui accompagnent les plaies se trouvent situées à la partie antérieure du tronc. Quant à l'empyème, qui ne peut être que le produit d'une fonte purulente des poumons, à la suite d'une plaie pénétrante de poitrine, ou à la suite d'une péripneumonie sur-aiguë, il est impossible de voir le moindre point de contact entre cette maladie et les tumeurs dont nous avons déjà parlé plusieurs fois.

Quant à la dyssenterie, il est encore plus difficile d'expliquer comment elle pourrait être produite par une tumeur rouge, enflammée, et par conséquent établie sur un point fixe, et disposée à se terminer par la suppuration, disposée à former un abcès, qui pourra bien ajouter à l'étendue de la plaie qu'elle accompagne, mais qui, dans aucun cas, ne peut avoir aucune influence sur la muqueuse qui tapisse les gros intestins, siége permanent, ou plutôt exclusif, de la dyssenterie.

Il est probable que l'auteur de cet aphorisme aura voulu parler d'une complication très-fâcheuse qui vient aggraver l'état des blessés, quand il existe des plaies d'une large étendue, d'une profondeur considérable, et fournissant une suppuration très-abondante. Le malade, affaibli par cette suppuration de longue durée, présente une disposition telle que les vaisseaux absorbants, dont les bouches béantes se trouvent en contact avec la suppuration, absorbent une partie de cette suppuration, absorption déterminant une fièvre de très-mauvais caractère, dite fièvre de résorption. Cette fièvre continue avec redoublement, affaiblit rapidement le malade, soit par des sueurs très-abondantes, soit par des diarrhées, par des dévoiements, par des évacuations, muqueuses d'abord, puis muco-purulentes, qui, après avoir épuisé le peu de force qui reste encore au blessé, produit bientôt une terminaison funeste.

66. C'est un très-grand mal s'il ne paraît pas

de tumeur à de fortes et dangereuses plaies.

66. Quand les plaies du crâne sont accompagnées d'ecchymoses considérables, ou de tumeurs sanguines d'un certain volume, on peut croire que toute l'action du corps vulnérant a été épuisée sur le cuir chevelu, et par conséquent on peut avoir moins d'inquiétude pour les organes contenus dans la cavité crânienne : c'est un fait chirurgical qu'on observe assez souvent, mais pourtant, il faut, malgré ces phénomènes, se tenir toujours en garde contre les lésions de l'organe encéphalique et de ses enveloppes. Si, au contraire, la percussion a concentré toute son action sur un point peu étendu, et que la plaie ne soit pas accompagnée des phénomènes dont nous parlions il n'y a qu'un instant, on doit craindre que la puissance vulnérante n'ait étendu son action jusque sur le cerveau. Mais il est facile de savoir, par les signes commémoratifs, si au moment de la percussion le malade a présenté les signes de commotion, de coma et d'affaissement total ; quand ces premiers signes n'auront pas existé, on devra concevoir moins d'inquiétude, et pourtant employer les moyens les plus prompts et les plus énergiques pour prévenir le développement d'une inflammation cérébrale, et les conséquences souvent funestes qu'elle entraîne après elle.

Du côté de la poitrine, si la plaie a déterminé de larges ecchymoses, on peut espérer que tout le désordre est borné à l'extérieur, que le poumon, que le cœur, auront conservé leur état d'intégrité; mais cet état sera très-facile à constater à l'instant même, car rien ne sera plus aisé que de voir si les fonctions de ces deux organes s'exécutent comme dans l'état normal.

Il suffira d'indiquer ces deux siéges de blessures, si importants par le voisinage des cavités encéphaliques et thoraciques, pour donner une idée des accidents qu'on pourrait redouter dans le cas où l'on aurait à traiter des plaies faites sur un des points de la circonférence du bassin, ou sur un des points de la colonne vertébrale, destinée à loger un prolongement du cerveau, si nécessaire à l'exécution des fonctions les plus importantes, et à l'entretien de la vie.

67. Les tumeurs molles sont les meilleures; mais celles où il y a de la crudité sont mauvaises.

67. Par les tumeurs molles, l'auteur de cet aphorisme paraît indiquer des tumeurs phlegmoneuses terminées par suppuration, et par conséquent présentant dans leur développement cet état de mollesse qu'elles doivent au liquide qu'elles contiennent, et dont on constate la présence en appuyant sur les deux extrémités de cette tumeur avec l'index de l'une et l'autre main; on obtient aisément alors ce mouvement alternatif de déplacement de la collection purulente, auquel on a donné le nom de fluctuation. En ouvrant cet abcès, on évacue complétement le foyer, et l'on n'a plus affaire alors qu'à une plaie réduite à son plus grand état de simplicité.

Il existe encore d'autres tumeurs molles produites pour ainsi dire *ex abrupto*, par une percussion violente qui, en brisant le tissu cellulaire sous-cutané, permet aux vaisseaux sanguins de verser dans un seul foyer le sang qui s'échappe de leurs lésions; cette collection sanguine présente une tumeur molle, fluctuante, qui exige une prompte ouverture pour livrer passage à cette collection sanguine, et à cette évacuation complète succèdera une plaie qui n'offre aucune espèce de complication.

Quant aux tumeurs dures dont parle cet aphorisme, ce sont toutes celles qu'on voit chaque jour se développer chez les constitutions scrofuleuses : tumeurs dures, inégales, peu susceptibles de s'enflammer, et par conséquent offrant une résistance souvent invincible à l'action des moyens les plus énergiques; ces tumeurs très-fâcheuses dans l'enfance, très-fâcheuses jusqu'à l'âge de la puberté, se terminent quelquefois heureusement; mais ces sortes de succès, sont très-rares : le plus souvent l'art échoue malgré les prescriptions les plus méthodiques, malgré le traitement le plus approprié à ces sortes de maladies. Mais quand des tumeurs de cette nature se développent après l'âge de la puberté, elles sont essentiellement réfractaires ; longtemps stationnaires, elles dégénèrent très-souvent d'une manière très-fâcheuse, et parviennent quelquefois à la dégénérescence cancéreuse. Ce fait, observé par l'auteur de l'aphorisme, est encore constaté tous les jours dans la pratique multipliée des hôpitaux où se présente un grand nombre de ces maladies, qui, au lieu d'y trouver des moyens de diminution, y rencontrent au contraire des moyens d'augmentation dus à l'insalubrité des salles, au régime peu substantiel, au défaut presque absolu d'exercice, et surtout au triste spectacle des douleurs qui les environnent, aux cris qu'ils entendent proférer aux blessés placés dans leur voisinage, et aux nombreux décès inévitables dans ces sortes d'établissements.

68. Dans les douleurs de la partie postérieure de la tête, il est avantageux d'ouvrir la veine verticale du front.

68. Il est difficile de concevoir comment l'auteur de cet aphorisme peut attribuer tant de vertu à la saignée d'une des veines qui se ramifient dans la région frontale, pour combattre les douleurs qui ont leur siége à la partie postérieure de la tête, ou plutôt vers la région occipitale : ou cette douleur reconnaît pour cause une chute, une percussion, en un mot, une cause brusque agissant sur cette portion du cuir chevelu, et épuisant son ac-

tion sur cette enveloppe superficielle de l'occipital; ou bien cette douleur est produite par une affection rhumatismale; ou bien encore le siége de cette douleur est plus profond, et s'étend jusqu'aux méninges, siéges qui établissent une grande différence entre ces trois espèces de maladies.

Pour le traitement des deux premières variétés, la saignée d'une des veines frontales est entièrement inutile. Dans la troisième espèce, au contraire, c'est-à-dire dans la douleur qui a son siége dans la portion postérieure des méninges qui enveloppe cette région du cerveau, et s'étend jusqu'à la substance cérébrale elle-même; sans doute en pareil cas, la saignée et la saignée répétée sera employée avec un grand avantage. Mais ce n'est pas une des veines frontales qu'on ouvrira, mais bien une des veines du pli du bras, par l'ouverture de laquelle on pourra obtenir une quantité de sang nécessaire pour combattre cette douleur, et pour en triompher.

—

SECTION SIXIÈME.

4. Les ulcères dont les bords sont baignés par la sanie, sont de mauvais caractère.

4. Le principe émis dans cet aphorisme peut être contesté jusqu'à un certain point; car on voit tous les jours dans les hôpitaux civils et militaires, des ulcères larges, profonds, versant une sanie abondante, fétide, et pourtant guérir assez promptement quand le traitement dirigé contre eux est approprié à la gravité, et surtout au caractère particulier de ces ulcères. Est-il vénérien? on combine l'emploi des mercuriaux à l'intérieur avec les préparations mercurielles appliquées sur toute l'étendue de l'ulcère. Le malade est soumis d'ailleurs à un régime fortifiant; et il est rare que ce régime continué pendant huit jours ne produise pas une amélioration sensible dans la marche de l'ulcère, qui arrive à une guérison complète, grâce au traitement anti-vénérien, employé aussi longtemps qu'il est nécessaire dans une pareille occurrence. Règle générale : quand le caractère de l'ulcère n'est pas bien connu, quand ses causes sont suspectes, il faut interroger la surface de ces ulcères, par des applications successives de l'onguent mercuriel double étendu sur de la charpie ou sur une compresse. Si cette application continuée pendant plusieurs jours, donne un meilleur aspect au fond et au bord de l'ulcère, cette amélioration indique d'une manière positive son caractère essentiel, ses causes; et, avec de pareilles données, il est facile de prescrire le régime qui préparera et assurera la guérison.

L'ulcère est-il scrofuleux? rien n'est plus facile que de reconnaître le caractère essentiel de ces sortes d'affections. La finesse de la peau, surtout de celle du visage, le développement anormal des lèvres, et surtout de la lèvre supérieure, un état habituel de pâleur, une faiblesse générale, enfin tous les caractères qui indiquent d'une manière évidente la constitution scrofuleuse, feront reconnaître la nature de l'ulcère, qui souvent exige pour la guérison, des mois et même des années.

S'agit-il d'ulcère variqueux? il est probable que c'est de cette espèce que parle l'auteur de l'aphorisme; quelle que soit leur étendue, leur profondeur, quelle que soit la dureté de leurs bords, on parvient aisément à leur guérison, en commençant par ramollir ces mêmes bords, résultat qui est obtenu plus ou moins promptement par l'application de larges cataplasmes émollients, renouvelés deux à trois fois par jour.

Aussitôt que la dureté des bords de l'ulcère a disparu sous l'influence des applications émollientes, ces mêmes bords affaissés, se trouvent presque au niveau de la surface de la plaie; c'est alors qu'il faut changer complétement le mode de pansement. A l'aide de bandelettes agglutinatives, croisées sur la surface de ces ulcères pour rapprocher les bords l'un de l'autre, on parvient à diminuer cette étendue, et l'on soutient l'action des bandelettes par un bandage roulé qui enveloppe tout le membre, et qui établit plusieurs tours de compression pour être fixé d'une manière ferme et immuable au-dessous, au-dessus, et dans toute l'étendue de l'ulcère. Grâce à l'emploi continué de ces moyens, on voit l'ulcère diminuer tous les jours d'étendue, et arriver promptement à une guérison complète. Quand la cicatrice est obtenue, il faut bien se garder d'abandonner le membre à lui-même : cette cicatrice a complétement besoin d'être soutenue par une compression méthodique, prolongée quelquefois deux ou trois mois après la guérison, mais il est extrêmement rare que l'emploi successif des moyens que nous venons de conseiller n'assure pas la guérison de l'ulcère dont il est ici question: quelle que soit la dureté des bords, quelle que soit la profondeur et l'étendue de sa surface, quelle que soit enfin l'abondance et la fétidité de la sanie qu'il fournit.

Il est inutile de parler ici d'ulcères psoriques, d'ulcères dartreux, d'ulcères carcinomateux; car il me paraît démontré que l'auteur de l'aphorisme ne voulait pas comprendre ces sortes d'ulcères dans la classe de ceux dont il parle : 1° parce que les ulcères psoriques n'ont pas de bords durs; 2° parce que les ulcères dartreux ont toujours une surface plane; 3° parce que les ulcères cancéreux sont incurables, et que l'auteur de l'aphorisme connaissait déjà leur incurabilité.

6. Les affections des reins et les douleurs de vessie guérissent difficilement dans les vieillards.

6. Les douleurs néphrétiques qui sont déterminées par des affections rhumatismales, quel que soit l'âge du sujet qui en est atteint, ne peuvent pas inspirer d'inquiétude. J'ai vu des douleurs de cette nature guérir chez des hommes âgés de soixante-quinze, soixante-dix-huit, quatre-vingts ans, à plus forte raison, chez des sujets plus jeunes. Mais il est probable qu'Hippocrate entend parler des douleurs causées par le développement des calculs dans le rein. En effet, quand les urines surchargées de tous les éléments qui peuvent constituer la pierre, déposent ces matières dans le rein du jeune sujet, cette disposition augmente avec l'âge, par conséquent les douleurs doivent s'accroître avec les années; les calculs arrivent avec l'urine dans la vessie et déterminent les douleurs plus ou moins vives de la muqueuse. La douleur de la vessie est donc une conséquence de l'affection primitive, et pour la prévenir, il faudrait pouvoir empêcher les calculs de se former dans le rein, et par conséquent enlever à l'urine les matériaux qu'elle charrie, et qui sont propres à la formation du calcul. Jusqu'ici on n'a point encore trouvé le moyen d'obtenir un pareil résultat, et c'est pour cette raison que de nos jours comme du temps d'Hippocrate les vieillards qui offrent cette disposition doivent être affectés de douleurs rebelles et toujours croissantes. Trop heureux quand la muqueuse vésicale n'est pas frappée d'un état inflammatoire chronique qui déterminerait l'invasion d'un catarrhe vésical accompagné de douleurs atroces, qui ne se terminent le plus souvent que par la mort.

Quant aux douleurs de vessie, qui chez les vieillards sont indépendantes de la lésion du rein, ou d'un état pathologique quelconque de cet organe, ces douleurs sont le plus souvent produites par le séjour prolongé dans le bas-fond de la vessie, d'un résidu d'urine qui n'a pu être expulsé complétement. En effet, chez les vieillards, les fibres musculaires de la vessie ont perdu de leur énergie, de manière qu'au moment de l'émission des urines, les contractions ne sont pas assez prolongées pour l'évacuation complète. De là, le résidu urineux dont nous parlions à l'instant; ce résidu porte sur la muqueuse toutes ses propriétés irritantes, et détermine successivement une inflammation, quelquefois légère, quelquefois plus vive, mais qui n'en est pas moins continue, quelle que soit l'apparence de tranquillité qui reste au sujet atteint de cette affection.

Quelquefois l'engorgement de la prostate, quelquefois le rétrécissement de l'urètre, viennent compliquer d'une manière fâcheuse ces douleurs vésicales, et confirmer la vérité du principe contenu dans cet aphorisme. C'est un fait bien reconnu par tous les praticiens qui exercent particulièrement dans les grandes villes; les maladies de vessie sont, chez les vieillards, très-fréquentes, très-opiniâtres, et presque toujours mortelles. Sans doute cette affection doit être attribuée surtout à une inaction prolongée, à un régime succulent, aux habitudes des spectacles, des longues soirées, en un mot, de toutes les causes qui peuvent prolonger le séjour de l'urine dans la vessie, au-delà des proportions qui peuvent exister pour ménager l'intégrité des membranes vésicales.

Ces maladies, au contraire, sont très-rares chez les habitants de la campagne, parce que le campagnard est situé dans des circonstances tout à fait opposées à celles qui environnent l'habitant des villes. Sa vie est toute d'activité, jamais un motif ne l'empêche de satisfaire le besoin d'uriner aussitôt qu'il se présente, et c'est surtout le séjour prolongé de l'urine dans la cavité vésicale qui prépare pour l'avenir toutes les causes qui déterminent chez les vieillards les maladies dont nous parlons.

8. Les ulcères qui surviennent aux hydropiques ne guérissent pas aisément.

8. Il existe deux espèces d'hydropisies : les unes qui sont le produit de maladies aiguës, les autres qui sont déterminées par des affections chroniques; les premières guérissent toujours quand la cause qui les a produites a disparu. Ainsi, rien de plus commun que de voir chez les enfants, à la suite d'une dentition laborieuse, d'une coqueluche opiniâtre, d'une entérite aiguë un peu prolongée, tous les symptômes d'une hydropisie caractérisée 1° par l'infiltration des membres abdominaux, 2° par l'infiltration du tissu cellulaire abdominal, du tissu cellulaire facial, et surtout palpébral, et l'hydropisie disparaître assez promptement pour que la peau n'ait pas cédé à la distension forcée à laquelle elle a été soumise, et qui heureusement n'était que momentanée.

Ces mêmes résultats déterminés par d'autres causes sans doute, mais par des causes aiguës, peuvent se manifester chez les enfants, chez les adultes, et même quelques sujets plus avancés en âge.

Mais il n'en est pas de même quand l'hydropisie est déterminée par l'affection chronique d'un des organes contenus dans les cavités thoracique, abdominale ou pelvienne. L'hydropisie, qui est la conséquence de ces maladies chroniques, s'annonce d'abord par l'infiltration des pieds, des jambes, des cuisses et de l'abdomen : cette infiltration va chaque jour croissant; et la peau, malgré la résistance qu'elle peut opposer à sa distension, finit par céder : elle se déchire, et bientôt un ou plusieurs ulcères occupent les points faibles qui ont cédé à la distension. Mais ces ulcères eux-mêmes ne sont que le résultat d'une affection symptomatique; car ici l'hydropisie n'est pas le mal, c'est un symptôme. Le siége du mal est dans l'organe affecté depuis longtemps, et dont les tissus altérés ont perdu à jamais les qualités de leur organisa-

tion primitive ; aussi les ulcères, dans ce cas, au lieu de marcher vers la guérison, feront des progrès plus ou moins prompts, jusqu'à ce qu'une terminaison funeste ait mis fin à une maladie longue, opiniâtre, et toujours mortelle.

Il y a loin du caractère de ces ulcères à ceux dont la cause est essentiellement locale. Aussi ces derniers sont très-faciles à guérir, tandis que les premiers sont toujours au-dessus de toutes les ressources de l'art.

9. Les exanthèmes larges ne causent pas de grandes démangeaisons.

9. Les exanthèmes, quelle que soit leur étendue causent toujours un prurit plus ou moins fatigant comme toutes les maladies de la peau en général ; mais celle-ci paraît surtout caractérisée par une démangeaison pénible, et on ne conçoit pas comment l'auteur de cet aphorisme présente une théorie entièrement opposée à celle qui est prouvée chaque jour par des observations multipliées. Il suffit de voir les hôpitaux dans lesquels se traitent particulièrement les maladies de l'organe cutané, pour embrasser d'un seul coup d'œil les différentes espèces d'exanthèmes, et pour constater d'une manière exacte l'un des signes les plus constants de cette affection : c'est une démangeaison impérieuse, et qui force les malades à se gratter quelquefois assez fortement pour que la peau en soit non-seulement rougie, mais encore teinte de sang ; que ces exanthèmes soient petits, d'étendue moyenne ou très-grands, il n'y a pas de différences dans l'effet qu'ils produisent relativement à la démangeaison, si ce n'est qu'elle est beaucoup plus grande, beaucoup plus active en raison du grand nombre de ces exanthèmes.

10. Lors des douleurs avec élancements dans la tête ou aux environs, l'écoulement du pus, de l'eau ou du sang par le nez, la bouche ou les oreilles, guérit la maladie.

10. Les douleurs de tête qui sont très-violentes sont fréquemment déterminées par l'inflammation de la muqueuse qui tapisse les fosses nasales et les sinus frontaux ; ces douleurs sont souvent produites aussi par l'inflammation de la muqueuse qui tapisse l'oreille : la marche de ces inflammations est presque toujours aiguë, et se termine le plus ordinairement du huitième au douzième jour par un écoulement muqueux ou mucoso-purulent. L'issue de ce mucus souvent très-abondant diminue la sensibilité de la muqueuse, et par conséquent l'influence que cette sensibilité exaltée avait sur le cerveau ; ainsi donc la douleur de tête doit céder à mesure que la membrane reprend et ses propriétés et ses habitudes primitives. Ce que la nature obtient dans cet état inflammatoire, est souvent obtenu par l'art dans des circonstances à peu près analogues ; ainsi, par exemple, on voit souvent chez les jeunes sujets, ou chez des personnes d'un âge plus avancé, des douleurs opiniâtres persévérer pendant des mois, pendant des années entières, ne céder qu'à l'usage de substances stimulantes qui déterminent une sécrétion plus abondante du mucus nasal ; et à mesure que la quantité de ce mucus est plus considérable, le malade voit disparaître chaque jour ses douleurs de tête, jusqu'à ce qu'il en soit entièrement délivré. L'usage du tabac produit depuis longtemps ces résultats ; il n'est pas un praticien qui n'ait constaté ce fait dans la pratique particulière, et qui n'ait souvent consulté ce moyen pour combattre avec succès ces sortes de douleurs. Quant aux douleurs de tête déterminées par l'inflammation de la muqueuse qui tapisse l'oreille, douleurs dont l'acuité est souvent portée à un degré extrême, et tel qu'elles sont pour ainsi dire intolérables tant elles sont atroces, on voit ces mêmes douleurs diminuer et disparaître dès qu'un suintement purulent s'échappe à l'orifice du conduit auditif externe.

Quant à l'écoulement du mucus, du liquide mucoso-purulent, qui peut avoir lieu par la bouche, en produisant la diminution des douleurs de tête, on ne peut pas voir d'autre siége qui fournisse cet écoulement que la muqueuse qui tapisse la trompe d'Eustachi : et en effet, si l'inflammation de cette membrane se terminait par un écoulement mucoso-purulent, il ne pourrait avoir d'autre issue que par la bouche, et cette issue expliquerait très-facilement la diminution des douleurs de tête qui auraient été produites par l'inflammation de cette muqueuse. Ainsi, par ces trois siéges d'inflammation muqueuse nasale, muqueuse de l'oreille, muqueuse de la trompe d'Eustachi, il est facile de se rendre compte et du développement et de la suppression totale des douleurs ayant leur siége dans la tête, douleurs qui cesseront aussitôt que ces inflammations auront été terminées par l'issue abondante d'une matière muqueuse ou mucoso-purulente.

11. Les hémorroïdes sont avantageuses lorsqu'elles surviennent dans les affections des reins ou dans la mélancolie.

11. Les hémorroïdes fluentes préviennent très-souvent l'engorgement chronique des viscères contenus dans l'abdomen ; par conséquent, elles peuvent diminuer les progrès de ces engorgements, quand déjà ils ont été déterminés par des causes souvent inconnues. Mais l'organe dont l'engorgement produit plus directement la mélancolie, est sans aucun doute l'engorgement du foie. Ainsi, au lieu de combattre la marche ou la régularité du flux hémorroïdal dans de pareilles circonstances, il faut au contraire le favoriser, pourvu toutefois qu'il soit proportionné à la force du sujet ; car, s'il était trop abondant, il pourrait produire

un état de faiblesse très-grave et très-dangereux par ses conséquences. Ce principe, constaté par l'expérience de tous les jours, indique au praticien la conduite qu'il doit tenir dans le cas où l'engorgement d'un des viscères de l'abdomen a déjà fait assez de progrès pour être constaté, en interrogeant les parois de cette cavité. Il est clair que dans ce cas, si la nature n'a pas établi de flux hémorroïdal, il faut en provoquer un par l'application de sangsues à l'anus; application qui sera répétée à des distances plus ou moins rapprochées, de manière à obtenir les résultats qui sont les conséquences d'un flux hémorroïdal établi par les seuls efforts de la nature, flux hémorroïdal qui non-seulement produit d'heureux résultats dans les affections chroniques des viscères abdominaux, mais encore dans les maladies du poumon, dans les maladies du cœur, et surtout dans la plupart des affections de l'organe encéphalique.

Remarquons bien surtout que ce n'est pas la grande quantité de sang que fournissent les hémorroïdes ou les sangsues à l'anus, qui produit des effets heureux; mais c'est plutôt la direction habituelle du sang dans les ramifications hémorroïdales, direction qui existe toujours au bénéfice des organes contenus dans les trois cavités splanchniques.

12. Dans la cure radicale d'anciennes hémorroïdes, si l'on n'en conserve au moins une, il est à craindre qu'il ne survienne l'hydropisie ou la consomption.

12. Si, comme nous l'avons dit dans un des aphorismes précédents, l'habitude d'un flux hémorroïdal, quand il est modéré toutefois, produit toujours un heureux résultat pour la constitution du sujet qui présente ce phénomène; s'il est vrai qu'un très-grand nombre d'affections des organes contenus dans une des trois cavités splanchniques, sont prévenues et diminuées par l'écoulement sanguin produit par les vaisseaux hémorroïdaux, il sera facile de comprendre toute la vérité de ce dernier aphorisme, et de constater avec l'auteur que la suppression complète d'un flux habituel de cette nature peut et doit produire tantôt une apoplexie grave, tantôt un engorgement chronique du poumon, et par suite une phthisie pulmonaire, tantôt un engorgement du foie ou de la rate, et partant une ascite, terminaison fâcheuse et souvent funeste que paraît redouter, et avec raison, l'auteur de cet aphorisme. Sans parler des états pathologiques plus ou moins tardifs qui peuvent accompagner la disparition complète des hémorroïdes, il est un accident primitif contre lequel il faut toujours être en garde; c'est une hémorrhagie abondante, quelquefois foudroyante et mortelle, quelques heures, souvent quelque minutes après l'extirpation de tumeurs hémorroïdales volumineuses, occupant toute la circonférence de l'extrémité inférieure du rectum. Ainsi, et pour le présent, et pour l'avenir, le chirurgien doit toujours craindre des résultats fâcheux, quand il s'agit de la suppression complète d'un flux hémorroïdal quelconque.

17. Il est avantageux d'être pris de la diarrhée dans l'ophtalmie.

17. L'ophthalmie, quand on la considère dans son plus grand état de simplicité, a une marche très-rapide; et quand elle est traitée de bonne heure par les antiphlogistiques, la privation de toute nourriture, la privation de tout travail ou de toute occupation intellectuelle, elle se termine ordinairement du huitième au douzième jour. Quand elle est compliquée par une cause quelconque, et elles sont très-nombreuses, il faut d'abord combattre ces causes, si l'on veut obtenir une résolution complète. Il est probable que l'auteur de l'aphorisme parle ici de la circonstance particulière dans laquelle l'ophthalmie aiguë se trouve compliquée d'affection du système digestif, affection où l'estomac et le duodénum se trouvent plus ou moins surchargés de matières bilieuses. Le traitement que nous avons prescrit pour combattre l'ophthalmie aiguë convient aussi essentiellement pour la complication indiquée; du septième au huitième jour, des évacuations bilieuses abondantes ont lieu, et pour peu qu'elles continuent deux ou trois jours, l'ophthalmie sera terminée comme dans le premier cas; mais ici, vous avez eu deux maladies à combattre: 1° l'ophthalmie, 2° l'embarras gastrique; aussi nous est-il impossible d'admettre que la diarrhée soit un moyen plus prompt de terminaison dans le traitement des ophthalmies, etc.; je le prouve: Supposons qu'une ophthalmie soit déterminée par le virus vénérien; si on administre les préparations mercurielles à l'intérieur, on provoquera très-souvent des diarrhées, des dévoiements, et quelquefois même l'irritation sera assez forte pour produire des évacuations sanguinolentes; mais ce dévoiement, cette diarrhée, ne seront pas des moyens de terminaison pour l'inflammation de l'œil. Dans les ophthalmies scrofuleuses chez les enfants, il arrive que ces jeunes sujets sont exposés à de fréquentes diarrhées. D'après Hippocrate, plus les diarrhées seraient multipliées, plus leur influence serait favorable pour la guérison de l'ophthalmie; et pourtant rien n'est plus opiniâtre, rien n'est plus rebelle au traitement le mieux dirigé que l'ophthalmie des enfants, que l'ophthalmie produite par la diathèse scrofuleuse. Il y a plus, ces évacuations alvines, multipliées chez ces sortes de sujets, seraient autant de causes d'affaiblissement, qui lui-même suffit pour prolonger d'une manière interminable cette espèce d'ophthalmie. Il faut donc, dans ce cas, proscrire sévèrement les purgatifs dont le résultat aggraverait

toujours la maladie qui nous occupe en ce moment.

Il est inutile de parler ici des ophthalmies produites et entretenues par des causes locales ; ainsi un corps étranger introduit entre les paupières, ainsi le renversement de cils à la face postérieure des paupières, ainsi, et c'est la plus fréquente, sans aucune espèce de comparaison, celle qui est produite par la dilatation des vaisseaux de la conjonctive, dilatation qui ne permet pas aux tuniques de ces vaisseaux de revenir sur elles-mêmes, et qui entretient presque indéfiniment l'ophthalmie à laquelle on a donné le nom de variqueuse. Il est bien clair que dans ces différentes variétés de l'ophthalmie, il faut d'abord faire disparaître les causes locales qui entretiennent cette maladie, qui, sans cette manière de procéder, resterait interminable ; quand bien même les sujets, quel que soit l'âge que vous leur supposiez, éprouveraient un dévoiement abondant, des diarrhées copieuses et prolongées, et enfin toutes les évacuations alvines que l'on pourrait désirer comme favorables à la terminaison indiquée par l'auteur de l'aphorisme.

18. Les plaies qui pénètrent la vessie ou le cerveau, le cœur ou le diaphragme, l'intestin grêle ou l'estomac, ou le foie, sont mortelles.

18. L'assertion contenue dans cet aphorisme peut être heureusement repoussée : 1° pour ce qui regarde la vessie, car on voit chaque jour, dans la pratique, des plaies faites pour l'opération de la taille, par exemple, par l'appareil latéral, par l'appareil bilatéral, par l'appareil recto-vésical et par le haut appareil, être souvent suivies de guérison, et même de guérison assez rapide. Il est probable que c'est à cette opinion que l'auteur de l'aphorisme devait cette résolution invincible de ne point insérer le tissu de la vessie ; c'est à cause de cette conviction qu'il faisait jurer à ses élèves de ne jamais pratiquer l'opération de la taille : et pourtant, comme je le disais il n'y a qu'un instant, on voit des guérisons succéder aux opérations qui ont intéressé les tuniques vésicales dans un ou plusieurs points. Loin de moi l'idée de nier que dans un grand nombre de circonstances les plaies pénétrantes de la vessie ne soient mortelles ; mais en supposant ces membranes divisées par un corps contondant, une balle ; par un instrument piquant ou tranchant, une épée, un sabre, une lance, ou par un fragment du pubis, porté avec violence contre ces mêmes tuniques, au moment où sa fracture a été produite ; un violent coup de pied porté dans la région hypogastrique sur une vessie dans l'état de plénitude, en déchirant les membranes vésicales, peut déterminer comme les causes que nous venons d'énumérer successivement, une ou plusieurs plaies de toute l'épaisseur des membranes et produire alors un épanchement urineux dont la conséquence est le développement nécessaire d'une péritonite qui va toujours croissant jusqu'à ce qu'elle soit devenue mortelle. On voit encore souvent les tuniques vésicales déchirées dans l'opération connue sous le nom de *lithotritie*, et pourtant les malades guérir malgré ces différentes blessures. Car il ne faut pas se le dissimuler, la lithotritie, cette invention admirable, un des beaux produits de l'intelligence humaine, et dont l'application rend de si grands services quand on sait apprécier à leur juste valeur les signes qui autorisent le praticien à l'employer, produit quelquefois, même dans les mains les plus habiles, des lésions graves, mais dont les terminaisons ne sont pas nécessairement mortelles. On cite un grand nombre de guérisons obtenues à la suite de ces mêmes lésions.

2° Pour le cerveau. Sans doute les plaies pénétrantes du crâne qui atteignent le cerveau sont souvent mortelles, cependant il existe un assez grand nombre d'heureuses exceptions. Ainsi dans les hôpitaux militaires, où les plaies du crâne sont très-nombreuses, on voit quelquefois des plaies produites par un instrument piquant, pénétrer dans le cerveau à travers les cloisons minces de l'orbite, et pourtant être suivies d'une guérison complète ; quelquefois elles seront suivies d'une hémiplégie produite à l'instant même où le coup aura été reçu. Cette hémiplégie, qui peut persévérer longtemps et même rester incurable, est le résultat incontestable d'une plaie du cerveau ; mais cette hémiplégie quelquefois peut guérir complétement, surtout chez les jeunes sujets, ainsi que le constatent des observations inscrites dans les fastes de la science. D'autres fois une fracture avec enfoncement d'un des os du crâne, coronal, pariétal, ou occipital, déprimés par l'effet de la percussion à travers la dure-mère en arrivant jusqu'au cerveau, peuvent être détachés ou à l'aide de l'élévatoire ou à l'aide du trépan, et dans ce cas encore on observe des guérisons, bien que la substance cérébrale ait été lésée. On peut donc conclure de ces faits, que je pourrais multiplier davantage, que les plaies pénétrantes dans la substance du cerveau ne sont pas nécessairement mortelles.

3° Pour le cœur. On a vu souvent aussi des plaies du cœur guérir, et on a constaté leur guérison d'après l'inspection des cicatrices qu'on a pu observer sur les différents points des ventricules. Sans doute, toutes les fois qu'une plaie pénètre dans la cavité des ventricules et des oreillettes, il est impossible que le blessé résiste, car la circulation est interrompue d'une manière brusque, un épanchement sanguin a lieu immédiatement dans le péricarde, qui à l'autopsie se trouve distendu par le sang qui s'est échappé à travers la plaie des ventricules ou des oreillettes. Mais je le répète, quand la plaie ne pénètre pas jusqu'à

l'une de ces quatre cavités, le blessé peut guérir, c'est un fait constant et qu'il est impossible de révoquer en doute.

4° Pour le diaphragme. Il est difficile de concevoir une blessure faite au diaphragme sans qu'il y ait lésion des organes contenus soit dans la cavité thorachique, soit dans la cavité abdominale. En effet, placé presque horizontalement entre ces deux cavités, et destiné à établir entre elles une barrière mobile, la cause vulnérante frappera de bas en haut, ou elle frappera de haut en bas; toutefois cette dernière direction paraît difficile à concevoir si l'on considère la barrière osseuse formée en avant par le sternum; en arrière par les vertèbres dorsales, sur les parois latérales par les côtes et cartilages, barrière assez solide et assez complète pour préserver le diaphragme de toute atteinte. Du côté de l'abdomen, le diaphragme est loin de trouver une pareille protection, les parois de cette cavité formées par des tissus cutanés, cellulaires, musculeux, aponévrotiques, membraneux, sont facilement divisés par les corps piquants, tranchants ou contondants, et peuvent laisser parvenir ces différents corps sur un des points du diaphragme; mais alors cette plaie se trouve compliquée d'une ou plusieurs lésions des organes abdominaux, dans l'épigastre, l'estomac et le colon transverse, le côté gauche du foie : dans la région hypochondriaque droite l'organe hépatique, dans la région hypochondriaque gauche le parenchyme splénique.

Il est difficile de concevoir comment les plaies du diaphragme, qui auraient été précédées de pareilles lésions, ne seraient pas nécessairement mortelles; mais s'il était possible de supposer une plaie faite au diaphragme seul, sans complication, je ne pense pas qu'une pareille plaie puisse être essentiellement mortelle; mais il sera longtemps difficile, pour ne pas dire impossible, de rencontrer une plaie de cette nature, par tous les motifs que je viens d'énumérer.

5° Pour l'estomac. L'estomac, atteint d'une plaie pénétrante, présente toujours des symptômes effrayants, et pour peu que la dimension de la plaie soit large, il se fait instantanément un épanchement de matières alimentaires dans la cavité abdominale, qui développe une péritonite sur-aiguë et promptement mortelle. Si au contraire la plaie offre une moindre étendue, on peut espérer que les lèvres de cette plaie subiront un degré d'inflammation adhésive qui favorisera la cicatrisation de la blessure. Mais, il faut l'avouer, dans la plupart des cas, les plaies pénétrantes de l'estomac sont mortelles.

6° Quant aux plaies du tube intestinal, elles sont toujours dangereuses, quand elles frappent l'intestin grêle, le duodénum, le jéjunum et l'iléum; parce que l'épanchement des matières stercorales ayant lieu d'une manière rapide et continue, une péritonite promptement mortelle doit être le résultat d'un pareil épanchement. Cependant on a vu quelquefois, mais, il faut l'avouer, des cas très-rares dans lesquels l'intestin lésé contracte des adhérences avec les parois abdominales, et produit alors un anus contre nature, ou plutôt une fistule stercorale qui laisse échapper plus ou moins abondamment des produits muqueux mêlés à une petite quantité de matières stercorales, et par conséquent constitue une infirmité très-pénible qui doit être extrêmement fâcheuse pour le sujet qui en est affligé.

Le gros intestin est souvent exposé à être blessé largement, de manière à livrer passage à la masse de matière stercorale qui parcourt le tube intestinal. Dans ce cas, il existe une maladie connue sous le nom d'anus contre nature, anus qui est fixe, qui communique avec l'ouverture extérieure de la peau, et prévient l'épanchement des matières stercorales dont nous parlions, grâce aux adhérences que les membranes intestinales ont contractées avec le tissu cellulaire sous-cutané. Cette maladie, combattue longtemps par un grand nombre de moyens, qui ont tous plus ou moins échoué, a été guérie d'une manière très-heureuse par l'application de l'instrument inventé par M. le baron Dupuytren. Cet instrument, connu sous le nom d'entorotome, est d'une application facile, peu douloureuse pour le blessé qui obtient, dans l'espace de quelques jours, les résultats les plus heureux, les plus inespérés. Cet instrument, qui a déjà rendu tant de services, est sans contredit un des plus beaux titres de gloire de son auteur; car il sera toujours l'objet de la reconnaissance, et des chirurgiens qui l'emploieront, et des blessés qui seront délivrés par son application d'une infirmité pénible et intolérable.

7° Les plaies du foie sont aussi extrêmement fâcheuses, et, comme les plaies larges de l'estomac, elles sont aussi souvent mortelles. Pourtant, quand elles ne pénètrent pas profondément, quand elles n'intéressent pas la vésicule biliaire, quand elles ménagent les vaisseaux considérables, on peut espérer de sauver le blessé, si l'on a recours de bonne heure au traitement antiphlogistique, saignées générales répétées, diète sévère, lavements émollients et fréquemment administrés, bains prolongés et renouvelés plusieurs fois par jour; ces moyens peuvent, en diminuant l'inflammation déterminée par la plaie, empêcher le développement de symptômes graves, arrêter la marche de cette inflammation et prévenir la formation des abcès dans l'ouverture spontanée, en produisant un épanchement purulent dans la cavité abdominale, qui provoquerait à l'instant une péritonite dont la marche serait et douloureuse et bientôt mortelle. Ainsi, les faits observés dans la pratique prouvent que l'opinion d'Hippocrate est fondée sur des observations multipliées; mais ils prouvent en même temps que dans les sept espèces de lésions qui étaient regardées par Hippocrate

essentiellement mortelles, il existe cependant un très-grand nombre d'heureuses exceptions.

19. Lorsqu'un os, un cartilage, un nerf, l'angle des lèvres, ou le prépuce, sont coupés, ces parties ne se régénèrent pas, et ne forment pas de réunion.

19. Lorsqu'un os a été coupé ou divisé dans toute son épaisseur par un instrument tranchant, rien n'empêche la nature de consolider entre eux les différents fragments produits par l'effet de l'instrument, rien n'empêche l'art de seconder la nature pour assurer le succès de ses efforts. En effet, supposons le cubitus divisé complétement par une cause vulnérante; supposons l'olécrâne, les os du métacarpe, les os du métatarse, soumis à une pareille division, qui peut empêcher la réunion des fragments osseux dans ces différentes circonstances? Qui peut empêcher leur consolidation? Rien, absolument rien; et chaque jour la pratique chirurgicale prouve que de pareilles guérisons sont souvent et facilement obtenues. Ne voit-on pas très-souvent aussi le ligament de la rotule, le tendon d'Achille, divisés complétement par des instruments tranchants, ou, comme dit l'aphorisme, coupés, pourtant ces portions tendineuses réunies se consolider de manière à pouvoir exécuter tous les mouvements, ou plutôt tous les efforts de mouvements auxquels ils étaient destinés. Il n'est pas question ici de régénérer, il s'agit seulement de consolider, dans certains os, au moyen du cal, dans l'olécrâne, dans la rotule, dans les ligaments, à l'aide d'une substance fibreuse, dont la solidité peut résister à tous les efforts dirigés contre son tissu, contre son organisation.

Il en est de même des cartilages: leur division, ou plutôt leur section, peut permettre une réunion, et par conséquent une guérison complète.

Quant aux nerfs, aussitôt que leur division a lieu, leur rétraction s'effectue de manière à ce que leurs bords ne peuvent plus être affrontés l'un contre l'autre; et d'ailleurs cette réunion n'étant pas d'une nécessité absolue, le chirurgien ne s'en occupe pas : mais on peut facilement penser que si cette réunion était tentée, que si un nerf d'un certain volume était divisé, et que les deux parties fussent affrontées d'une manière exacte; on peut penser, dis-je, que la réunion fût obtenue d'une manière solide : mais, je le répète, une pareille tentative n'a pas paru nécessaire dans les circonstances dont nous venons de parler.

Quand l'angle des lèvres est divisé par un instrument tranchant ou contondant, rien ne s'oppose à la réunion des bords de la plaie; tout, au contraire, favorise le succès de cette réunion : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le muscle orbiculaire des lèvres, le tissu cellulaire sous-musculeux, la muqueuse, offrent tous des éléments de réunion, des moyens d'une guérison prompte et solide.

Tous les jours on voit, dans l'opération du phymosis, une division du prépuce, nécessitée par le développement inflammatoire du gland, prévenir l'étranglement qui serait la suite inévitable du progrès de cette inflammation; faire cesser la marche violente de ses symptômes, et ramener le gland à ses dimensions normales : certes, si quand on a obtenu ce résultat, on désirait obtenir la réunion et la consolidation des lèvres de la plaie, rien ne pourrait empêcher la réussite d'un pareil projet; car en affrontant les lèvres de cette même plaie, et en les maintenant rapprochées à l'aide de quelques points de suture, on obtiendrait promptement une réunion facile et complète.

L'auteur de cet aphorisme n'aurait-il pas entendu, par ce mot, *couper*, l'ablation d'une partie de l'organe? Mais, entre l'expression couper et enlever, il existe une distance incommensurable; et dans cette supposition, il nous serait impossible de nous entendre.

20. S'il y a beaucoup de sang épanché dans le ventre ou dans quelque cavité, nécessairement il s'y convertit en pus.

20. Je ne pense pas du tout que le sang épanché dans une des cavités splanchniques, quelle qu'en soit la quantité, puisse se convertir en pus. Ce sang forme toujours un ou plusieurs caillots plus ou moins solides, isolés quelquefois, et le plus souvent précipités dans une espèce de putrilage sanguinolent d'un rouge brun ou noirâtre, et d'une fétidité particulière à la décomposition du sang. Mais ce putrilage n'a ni la consistance, ni la couleur, ni l'odeur de la suppuration; l'on ne voit pas en effet comment le sang, dans cette supposition, pourrait subir une pareille transformation. En effet, dans le siége qu'il occupe, on ne voit aucun des éléments qui servent à la formation du pus, pas de phlegmon pouvant se terminer par suppuration; point de plaie propre à préparer une matière purulente; les épanchements, dans le siége qu'ils occupent, sont des corps étrangers qui subissent la décomposition d'un fluide sanguin hors de ses vaisseaux, et hors du système général de la circulation. Pour mieux exprimer notre pensée, citons des faits; ils sont nombreux, car ils se présentent chaque jour dans la pratique des hôpitaux. Supposons un blessé qui a reçu un coup violent à la région lombaire. Supposons que cette percussion ait divisé les vaisseaux qui se distribuent à cette région; ils auront versé une quantité de sang assez considérable pour vaincre la résistance du tissu cellulaire sous-cutané, et former une collection sanguinolente dans toute l'étendue de cette région. Supposons 1° qu'on pratique une incision sur le centre de cette tumeur, vingt-quatre heures après la production. Le sang qui sortira en sera limpide, s'échappera d'un seul jet, et la tumeur évacuée, la peau s'appliquera d'une manière im-

médiate. Supposons 2° que cette tumeur ne soit pas ouverte avant le dixième jour ; l'incision pratiquée sur le point indiqué laissera échapper avec peine un peu de sang épaissi, et, en pressant sur la tumeur en différentes directions, on obtiendra la sortie de caillots plus ou moins nombreux, plus ou moins solides, et l'on sera forcé de continuer une compression sur la tumeur pour leur évacuation complète.

Supposons 3° que la tumeur ne soit ouverte que du douzième ou quinzième jour ; il s'échappera une liqueur d'un rouge foncé très-fétide, les caillots de sang seront moins résistants que dans le second cas, ils seront convertis en l'espèce de matière que nous venons d'indiquer. Cette matière s'échappera plus facilement que les caillots, mais son odeur sera bien plus fâcheuse, et dans ce cas, nous verrons une suppuration fournie par les différents points de la face profonde et superficielle de la tumeur ; mais cette suppuration ne sera pas la conversion de la masse sanguine comme le suppose l'auteur de l'aphorisme, mais bien le résultat de l'inflammation causée par le séjour du sang qui a agi dans cette circonstance, comme corps étranger, comme corps irritant, comme corps devant déterminer une inflammation plus ou moins vive, mais toujours de longue durée.

24. Si dans une portion de l'intestin grêle il y a plaie, ou solution de continuité, la réunion n'a point lieu.

24. Nous avons déjà dit, dans un des aphorismes précédents, qu'une plaie de l'intestin grêle qui avait contracté des adhérences avec les téguments de l'abdomen, présentait un anus contre nature ; mais ici l'ouverture faite à l'intestin était large, et par conséquent n'offrait aucun espoir de guérison.

Si au contraire cette plaie eût offert des dimensions beaucoup plus petites, elle aurait pu se terminer d'une manière heureuse, parce que, grâce aux adhérences contractées avec les parois de l'abdomen, ces mêmes parois auraient complété le tube de l'intestin en l'appliquant immédiatement sur le vide fourni par la perte qu'aurait subie l'intestin : c'est de cette manière seulement qu'on peut expliquer la guérison de ces sortes de blessures, car sans adhérence il n'y a pas de guérison possible, attendu que la solution de continuité produit l'épanchement dans l'abdomen et détermine une mort rapide au milieu des douleurs les plus violentes, d'une péritonite sur-aiguë. Quand, au contraire, on est assez heureux pour favoriser les adhérences des lèvres de la plaie de l'intestin avec les lèvres de la plaie extérieure, on peut espérer une guérison plus ou moins longue à la vérité, mais qui n'en est pas moins une terminaison favorable, pour un accident si souvent funeste.

25. Il n'est pas bon que l'érysipèle se porte du dehors au dedans ; mais c'est un avantage si la métastase se fait du dedans au dehors.

25. L'érysipèle, qui occupe les membres soit thorachiques, soit abdominaux, traités par les moyens antiphlogistiques les plus énergiques, et le régime le plus favorable pour diminuer un travail inflammatoire aussi aigu, cèdent souvent promptement à l'emploi de ces différents moyens; la rougeur diminue, le gonflement est moins considérable, et pourtant le malade se plaint toujours de quelques douleurs disséminées sur différents points qu'occupait l'érysipèle. En examinant toute la région qui a été occupée par l'érysipèle, on trouve dans un ou plusieurs points une fluctuation évidente; dans ce cas, on se hâte de pratiquer des ouvertures proportionnées au volume de la collection, et ces ouvertures livrent passage à une matière brunâtre, grisâtre, fétide. C'est une espèce de putrilage contenu dans un foyer profond, qui s'est développé pendant la marche de l'érysipèle, mais sur lequel l'érysipèle ne paraît pas avoir eu d'influence ; ainsi, dans toutes ces affections, surtout quand elles présentent quelque gravité, il faut toujours se tenir en garde contre la forme de pareilles collections, qui ordinairement s'observent chez des sujets faibles. Il n'en est pas de même des sujets robustes, d'un tempérament sanguin : chez ceux-ci, l'érysipèle est souvent précédé, et quelquefois suivi ou accompagné d'un phlegmon ; nous avons alors affaire à un phlegmon érysipélateux ou à un érysipèle phlegmoneux ; et comme le traitement est le même pour les deux affections, il faudra le suivre invariablement jusqu'à ce qu'elles soient terminées. L'érysipèle se termine par desquammation, le phlegmon rarement par résolution, presque toujours par suppuration : quand la fluctuation est évidente et que la presque totalité et la dureté phlegmoneuse a été dissoute et convertie en matière purulente, il faudra pratiquer une incision proportionnée à l'étendue et à la profondeur du foyer : alors le pus s'échappera facilement, et à l'aide de lotions faites avec de l'eau de guimauve qu'on laissera tomber d'une certaine hauteur dans la plaie, bientôt la totalité de la suppuration s'échappera, on aura alors affaire à une plaie simple ; le pus sera de bonne nature, les pansements seront faits et répétés deux fois le jour si l'abondance de la suppuration l'exige ; un régime approprié favorisera la marche de la plaie, et à moins que cette marche ne soit arrêtée par des complications fâcheuses, la guérison ne se fera pas longtemps attendre. Telle est l'influence de la force ou de la faiblesse de la constitution dans ces affections : dans le premier cas, la suppuration offre deux caractères bien tranchés ; quand son élaboration a été complète, sa couleur, sa consistance, son odeur, tout prouve que rien n'a man-

qué à sa formation, tandis que dans le deuxième cas, nous n'observons qu'un putrilage plus ou moins liquide et purulent, une odeur qui appartient plutôt à une diathèse gangréneuse, qu'au produit d'une élaboration purulente, de bonne nature.

27. Dans les suppurations internes ou les hydropisies, lorsque, soit à l'aide de l'incision ou du caustique, on donne issue en grande quantité à l'eau ou au pus, la mort des malades est inévitable.

27. Cet aphorisme est loin d'offrir l'exactitude que nous retrouvons en général dans la plupart des aphorismes d'Hippocrate, car en commençant par les collections purulentes qu'on trouve quelquefois dans le crâne, à la suite de contusions, à la suite de fractures, à la suite des fragments osseux enfoncés dans la cavité crânienne par une cause violente, on a vu souvent l'incision de la dure-mère livrer passage à des collections purulentes, et le malade sortant à l'instant du coma profond où il était plongé, sentir chaque jour sa position s'améliorer et arriver bientôt à une guérison complète. Sans doute ces heureux résultats sont rares, mais il n'en sont pas moins vrais, ils n'en sont pas moins constatés.

Dans la poitrine s'il existe un empyème traumatique, souvent encore l'incision pratiquée entre les côtes produit d'heureux résultats; mais quand cet empyème appartient à d'autres causes, il est nécessairement mortel si on l'abandonne à lui-même, et ce n'est que pour diminuer l'anxiété du malade, pour diminuer les accès pénibles d'étouffement et de suffocation que l'on pratique l'opération de l'empyème, et par la seule raison que la matière purulente qui s'échappe par l'ouverture laisse plus de facilité à l'action pulmonaire, et diminue pour un certain temps l'anxiété, l'angoisse auxquelles il était exposé; quant à l'évacuation de la sérosité contenue dans la cavité abdominale dans les cas d'hydropisies, ces évacuations subites sont si peu mortelles qu'on les renouvelle quelquefois douze, quinze fois, sans que la mort en soit le résultat.

L'hydropisie, dans ce cas, comme nous l'avons déjà dit, n'est que le symptôme de l'inflammation chronique d'un des organes contenus dans l'abdomen, et si le chirurgien se détermine à pratiquer une ponction, c'est pour diminuer le liquide, qui, refoulant le diaphragme dans la cavité thorachique, diminue cette cavité, gêne la respiration, menace le malade de suffocation, et dans cette circonstance comme dans le cas d'empyème, c'est un soulagement momentané que procure l'opération; mais, loin de procurer la mort, cette opération arrache au moins pour un temps le malade à des angoisses continuelles qui l'empêchent d'avoir un instant de repos, soit pendant le jour, soit pendant la nuit.

30. La goutte ne vient point à l'enfant avant l'usage des plaisirs de Vénus.

30. Contrairement au principe établi dans cet aphorisme, on voit fréquemment la goutte chez des enfants en bas âge, ainsi chez des enfants de trois, quatre et cinq ans; cette maladie s'observe surtout chez les enfants nés d'un père âgé, faible, ayant été lui-même souvent tourmenté par la goutte. On observe ces accès, qui envahissent ordinairement le gros orteil, avec des périodes plus ou moins régulières, avec des accès plus ou moins douloureux, mais qui présentent tous des caractères goutteux impossibles à révoquer en doute. Et que l'on n'aille pas dire dans ces sortes de cas qu'on prend pour une tuméfaction goutteuse, une tuméfaction scrofuleuse, car celle-ci s'établit lentement, progressivement, sans changement de couleur à la peau, n'offre point du tout d'intermittence, de remission, conserve le même volume quand il n'est pas augmenté par les progrès de la maladie.

Les autres tuméfactions, au contraire, s'annoncent brusquement avec des douleurs lancinantes, qui augmentent par la chaleur et surtout par la chaleur du lit: la peau qui les recouvre est tendue, d'un rouge vif, quelquefois brun; en un mot, ce sont de véritables accès goutteux, et qui exigent un régime approprié à ces sortes de maladies. Mais quand on voit des accidents de cette espèce exister chez de jeunes sujets, on peut annoncer à l'avance que la constitution restera toujours plus ou moins faible, que cette constitution sera toujours valétudinaire jusqu'à la puberté, et qu'à cette époque, surtout, il faudra prescrire un régime essentiellement fortifiant, si l'on veut arracher ces sortes de sujets aux nombreux dangers qui les menacent. Ce que je dis ici pour les enfants du sexe masculin s'entend aussi des enfants du sexe féminin. Ainsi se trouve détruite l'assertion contenue dans l'aphorisme précédent.

31. On guérit les douleurs des yeux par la boisson de vin pur, par les bains, par la saignée, ou par la purgation.

31. Les maladies des yeux sont extrêmement nombreuses: ce n'est point ici le lieu de les énumérer, puisqu'il n'est question que de la douleur qui frappe ces organes. Ces douleurs offrent deux degrés bien distincts: ou bien elles sont aiguës, ou bien elles sont chroniques. Il est presque inutile de dire que toutes les fois que les yeux sont atteints de douleurs aiguës, il faut les combattre par les moyens rafraîchissants, débilitants, relâchants, parmi lesquels on doit placer en première ligne la saignée générale ou locale. Les bains

viennent seconder les effets du traitement indiqué; mais à coup sûr ce serait une faute grave de permettre l'usage du vin pur, ce serait porter dans la constitution un nouvel élément inflammatoire, et conséquemment augmenter les douleurs déjà si vives dont il faut diminuer l'intensité et abréger la durée.

Quant aux purgatifs, on devine aisément quel serait le résultat de leur action pour des douleurs aiguës, puisque l'effet de ces purgatifs devrait augmenter la sensibilité générale du sujet, et par conséquent exalter la sensibilité locale de l'œil, qui n'est déjà que trop développée par la cause de la maladie. Mais ce qui doit surtout surprendre dans la rédaction de l'aphorisme précité, c'est l'étrange association de la saignée avec le vin pur, des bains avec les purgatifs : certes, il est impossible de voir rien de rationel dans un pareil rapprochement, dans une pareille association. Si l'auteur avait parlé de douleurs faibles, lentes, chroniques de l'œil, celles, par exemple, qui existent dans les ophtalmies scrofuleuses, on concevrait le conseil d'administrer des toniques; mais il n'est ici question que de douleurs sans aucune acception, sans distinction ; par conséquent une douleur franche, vive, plus ou moins aiguë, qui ne peut être raisonnablement combattue que par les débilitants associés quelquefois à de légers narcotiques.

36. La saignée guérit la difficulté d'uriner, mais il faut ouvrir les veines externes.

36. L'ischurie exige de prime abord l'emploi de la saignée dans presque toutes les circonstances, c'est surtout à la saignée du bras qu'il faut avoir recours, parce que c'est le moyen d'obtenir une perte de sang aussi prompte, aussi considérable que peut l'exiger le degré de l'inflammation. Les effets de la saignée générale sont ensuite secondés par des saignées locales appliquées en grand nombre au périnée et au pourtour de l'anus. Ainsi on voit ici que le traitement consiste essentiellement dans les évacuations sanguines obtenues par tous les moyens possibles, et d'abord par les saignées qui ont une influence sur la circulation générale, et ensuite par des saignées de localité ; on pourrait aussi faire une application de sangsues près des régions hypogastriques, ce qui prouve qu'on n'a pas besoin d'aller établir les moyens d'évacuation à la face externe : il faut diminuer l'état pléthorique général et l'état pléthorique local, et employer les moyens qui arrivent le plus promptement à ce but. Il est presque inutile de dire qu'il faut seconder l'effet des saignées par tous les moyens possibles, moyens qu'il serait superflu d'énumérer dans ce moment.

37. C'est un bon signe dans la squinancie, si l'on remarque une tumeur au cou, car la maladie se porte à l'extérieur.

37. L'esquinancie, ou pour parler un langage plus exact, l'angine amygdalite, caractérisée par l'inflammation qui occupe les amygdales, le voile du palais et les piliers de ce même voile, est souvent accompagnée d'un développement des amygdales assez considérable pour faire une légère saillie soulevant la peau, à la partie supérieure et latérale du col, et dans ce cas la maladie n'offre aucune espèce de danger ; l'inflammation s'est fixée complétement et exclusivement sur les amygdales, qui peuvent suppurer impunément, qui peuvent sans danger arriver à un degré d'induration considérable, sans compromettre l'existence du malade, parce que le siége du mal est déterminé, parce qu'il est circonscrit, et que dans ce cas on ne peut concevoir aucune inquiétude. Cette maladie dure huit jours ou moins, douze jours au plus.

Mais cet aphorisme nous paraît renfermer une autre pensée, c'est que l'esquinancie, dont on peut apercevoir les traces, ou plutôt le siége, est ordinairement peu grave ; mais il n'en est pas de même de celles qui se dérobent pour ainsi dire à nos regards, à notre examen, à notre investigation; car à côté de l'angine amygdalite, dans laquelle les corps glanduleux qui sont affectés arrivent à un développement rassurant pour l'auteur de l'aphorisme, se trouvent placées l'angine pharyngienne, l'angine laryngée, l'angine trachéale. Or, toutes les fois qu'on examine un malade qui se plaint, dès le début de sa maladie, d'une douleur au détroit guttural, d'une difficulté de respirer plus ou moins vive, d'une toux fréquente, fatigante; quand après lui avoir fait ouvrir la bouche, déprimé la langue à l'aide d'une spatule, on n'aperçoit pas de signe bien prononcé de rougeur et d'inflammation sur la muqueuse qui tapisse le voile du palais et les amygdales, la maladie peut avoir son siége dans le larynx ou la trachée; mais c'est surtout dans le larynx qu'elle est de la dernière gravité. Chez les enfants au-dessous de sept ans, c'est le croup, maladie presque toujours mortelle quand les secours ont été donnés tard, c'est-à-dire dans la deuxième période de la maladie. Chez les adultes et chez les sujets au-dessous de quarante ans, c'est l'angine trachéale, maladie toujours fâcheuse, parce qu'elle est souvent accompagnée des plus grands dangers.

Ce n'est donc pas parce qu'on aperçoit une tumeur à la région du col, que la maladie désignée par Hippocrate sous le nom de squinancie, n'est point dangéreuse, mais bien parce que le développement des amygdales est plus ou moins indifférent, et sans aucune espèce de conséquence ; tandis que le développement pathologique de la muqueuse qui tapisse le larynx, la trachée ou les bronches, peuvent amener et amènent trop souvent la suffocation.

Règle générale : toutes les fois que dans les angines, on ne peut apercevoir le siége de la douleur en inspectant le détroit guttural, le pronostic est toujours grave, parce que la terminaison de la maladie est incertaine et menaçante.

38. Il vaut mieux ne pas toucher aux cancers occultes, car les malades qui sont traités périssent promptement, au lieu que ceux qui ne font aucun remède vivent plus longtemps.

38. Les cancers occultes, qui s'annoncent par des douleurs lancinantes développées dans une tumeur dure, sans changement de couleur à la peau, annoncent toujours une diathèse cancéreuse dont il est très-important de reconnaître le caractère distinctif, afin de suivre une marche plus conforme à la gravité d'une maladie qui toujours se termine d'une manière funeste. Ainsi donc, dans des circonstances aussi fâcheuses, il faut se contenter d'avoir recours aux moyens opiacés prescrits à l'intérieur et à l'extérieur. Ces applications peuvent seules produire de la diminution dans les douleurs, et par conséquent, suspendre la marche de la maladie ; car les applications irritantes, qui seraient faites dans l'intention d'opérer la fonte de cette tumeur, en détermineraient au contraire l'augmentation, et bientôt la peau enflammée serait ulcérée par suite de ces mêmes applications, il s'établirait alors un ulcère cancéreux ; si, au contraire, on voulait, au moyen de l'instrument tranchant, enlever cette tumeur cancéreuse, ces accidents seraient encore plus rapides. Et, après la cicatrisation, on verrait bientôt cette cicatrice se durcir, se déchirer et présenter des ulcères profonds qui seraient le résultat de la diathèse générale. Bientôt, des mouvements fébriles, une fièvre plus ou moins intense, continuée avec des redoublements plus ou moins marqués, compliquée de dévoiement, de sueurs abondantes, enfin, une véritable fièvre cancéreuse, viendraient aggraver l'état du malade, et le conduiraient promptement au tombeau. Cette observation, malheureusement trop fréquente, confirme le principe exprimé dans cet aphorisme, et trace au praticien la marche qu'il doit suivre. En effet, dans le cancer de l'œil, cancer qui n'est que le produit d'une diathèse, d'une constitution essentiellement cancéreuse, l'extirpation du globe oculaire aggrave les accidents, et produit bientôt la mort du sujet.

Dans les affections cancéreuses de la langue, l'ablation de la portion cancérée, la cautérisation indispensable pour arrêter l'hémorrhagie capillaire, conséquence de l'opération, terminent les jours de l'opéré dans l'espace de vingt-quatre ou quarante-huit heures au plus.

A la suite de l'extirpation de tumeurs cancéreuses du sein, ou de l'ablation complète de cet organe cancéreux, on obtient rarement une cicatrice solide; et, comme nous le disions plus haut, cette cicatrice, bientôt compliquée d'une inflammation douloureuse, est déchirée, et présente des ulcères profonds à rebords renversés, caractère essentiellement cancéreux. Dans le cancer de la verge, l'ablation est toujours malheureuse ; dans le cancer du testicule, à la suite de l'opération, on voit toujours des engorgements développés profondément dans la cavité abdominale, succéder à une cicatrice éphémère, et déterminer promptement la mort. Dans le cancer de l'utérus, les ablations partielles ou totales de cet organe, sont constamment et promptement mortelles. Et quand on parle de succès obtenus après de pareilles opérations, c'est qu'au lieu d'extirper une tumeur cancéreuse, on a enlevé seulement une tumeur squirrheuse n'ayant aucun des caractères particuliers du cancer, et qui ne dépendaient pas de la diathèse cancéreuse. On voit dans les ostéosarcomes des articulations du genou, du coude, du pied ou du poignet, les amputations pratiquées présenter des plaies dont la marche est toujours lente, accompagnées des symptômes graves, tels que fièvre continue, sueurs, diarrhée, et toutes les causes d'affaiblissement qui amènent bientôt la mort du blessé. Ainsi, nous voyons, en examinant successivement les points qui sont le plus souvent le siége de cancers occultes, que s'il est un moyen de retarder la marche de la maladie, c'est surtout en évitant d'exciter la tumeur, et en employant au contraire un régime adoucissant, des préparations opiacées, en un mot, tout ce qui peut calmer ou diminuer la sensibilité du malade, au lieu de l'augmenter par des moyens irritants, par des moyens incendiaires. Ainsi, le précepte proclamé dans ces lignes par l'auteur de cet aphorisme, est constaté par l'expérience de tous les jours, et par l'observation des praticiens instruits, méthodiques et consciencieux.

C'est à cet état pathologique que s'applique le précepte de *noli me tangere* des Latins, du *dont toch me* des Anglais, du *guai a chi me tocca* des Italiens ; et certes, si, dans toutes les langues, on trouve le même précepte exprimé d'une manière aussi claire, c'est un hommage positif à la vérité du conseil contenu dans l'aphorisme.

41. Lorsqu'il existe dans le corps quelque abcès intérieur, et que le pus ne donne aucuns signes de sa présence, cela provient de l'épaisseur de la matière, ou du lieu où elle est située.

41. Lorsque les abcès sont situés dans une des cavités splanchniques, il est difficile de deviner exactement le siége de la collection purulente. Toutefois, on peut, dans certaines circonstances, soupçonner la présence de ce liquide, par les

symptômes qui se manifestent, par les phénomènes qui ont précédé sa formation, et par les phénomènes qui accompagnent sa présence ; ainsi, lorsque après une douleur violente de tête, déterminée par une cause externe ou une cause interne, mais surtout par une cause externe, on voit succéder à cette douleur un état d'assoupissement, de coma profond, accompagné d'une paralysie des membres thorachiques, ou d'hémiplégie complète, on pourra annoncer qu'il existe un foyer purulent, et ce foyer devra avoir le plus souvent son siége dans l'hémisphère cérébral opposé à la paralysie. C'est dans ce cas, mortel s'il est abandonné à lui-même, qu'il est ordonné impérieusement de faire l'opération du trépan, opération peu douloureuse par elle-même, et surtout dans la position du blessé, chez lequel il existe perte complète de sentiment. C'est, je le répète, le seul moyen de salut; parce que, sans lui, le blessé est voué à une mort inévitable et imminente. Loin de moi l'idée de conseiller jamais ces opérations cruelles qui ajoutent encore au danger que le malade court, et qui déterminent sa mort plus prompte par le seul motif qu'elles ont été pratiquées. Le devoir du chirurgien est de calmer les douleurs, et de faire des opérations quand il existe une chance de guérison, quelque faible qu'elle soit, surtout quand la mort doit arriver inévitablement, comme dans la circonstance que nous venons d'indiquer.

Il n'est pas très-difficile de reconnaître la présence d'une collection purulente dans le thorax, si l'on consulte les antécédents de la maladie. L'inflammation du poumon produite par une cause interne, et surtout par une cause externe, peut être suivie d'une collection purulente dans un des côtés de la poitrine ; et pour peu qu'on remarque une difficulté plus ou moins grande de respirer, une douleur fixe dans un des côtés du thorax, avec la nécessité d'être toujours couché du côté douloureux, parce que dans la situation opposée, la gêne de la respiration serait encore augmentée ; si à ces symptômes vous joignez un peu d'ampliation du côté malade, on peut croire, on doit croire à un empyème, et par conséquent pratiquer l'opération nécessaire à l'évacuation de cette collection purulente. Quant aux abcès qui se forment dans la cavité abdominale, si on excepte la face convexe du foie, la région iliaque droite et la région iliaque gauche, il sera très-difficile de reconnaître les abcès qui occupent un des points de cette cavité. Pour ceux qui sont enveloppés dans une espèce de kystes membraneux et recouverts des parties flottantes de l'abdomen, le diagnostic est d'une obscurité impénétrable, à moins qu'il ne s'établisse une communication entre un des points de leur développement et un des points du tube intestinal. Dans ce cas, c'est au mélange des matières purulentes et des matières fécales qu'on reconnaîtra l'existence de la suppuration, mais non le siége du foyer purulent. Lorsqu'il se forme une matière purulente dans un des points de la région antérieure de la colonne vertébrale, par suite de l'état pathologique d'une des vertèbres dorsales ou lombaires, la suppuration, quoique formée dans les cavités thorachique et abdominale, n'établit pas de collection dans ces différentes régions ; mais à mesure qu'elle se forme, elle glisse le long des gouttières que l'on observe sur les parties latérales du corps des vertèbres, et vient se manifester tantôt à la région inguinale, tantôt à la région interne de la cuisse, soit supérieure, soit moyenne, soit inférieure ; dans tous les cas, la tumeur formée par cette collection purulente est sans changement de couleur à la peau, la fluctuation est facile à reconnaître, le caractère de la maladie est évident ; c'est le produit de la carie d'une ou de plusieurs vertèbres, et à mesure qu'elle a été préparée, elle a suivi les gouttières latérales de la colonne vertébrale, en profitant des ouvertures du diaphragme, de l'anneau inguinal, et de l'arcade crurale, pour venir aux régions que nous avons indiquées. En plongeant le bistouri au centre de la tumeur, on voit jaillir une suppuration blanchâtre, liquide, mal liée, et peu fétide d'abord ; mais aux pansements suivants elle devient d'un jaune verdâtre et d'une fétidité qui va en augmentant jusqu'à ce que le malade ait succombé. Car ces sortes de collections purulentes, désignées ordinairement sous le nom d'*abcès par congestion*, ou mieux d'*abcès symptomatiques*, sont les avant-coureurs de maladies graves contre lesquelles l'on n'oppose le plus souvent que des moyens impuissants. Ces collections purulentes sont, nous le répétons, les produits d'une carie vertébrale, carie contre laquelle on a conseillé l'emploi de moyens excitants, de moyens irritants, en les désignant sous le titre pompeux de moyens dérivatifs. Ainsi, on a conseillé l'application de vésicatoires, de cautères, de moxas, à la partie postérieure du col, dans le voisinage de la vertèbre malade, et l'on imagine que ces applications peuvent avoir d'heureux résultats !

D'abord une carie vertébrale ne peut guérir que par le rapprochement du corps des vertèbres malades, par leur réunion exacte, par leur consolidation complète, consolidation qui se fait toujours aux dépens de la rectitude de la colonne vertébrale. Or, cette consolidation ne peut avoir lieu que par un repos absolu, et s'il faut chaque jour, pour le pansement des vésicatoires, des cautères, des moxas, mettre la colonne vertébrale en mouvement, il est bien clair que la consolidation sera impossible. Et d'ailleurs, en laissant de côté cette considération, qui est de la plus haute importance, comment peut-on imaginer d'établir des exutoires chez des sujets d'une constitution primitivement très-faible, et qui ont été encore affaiblis par la marche de la maladie, par la suppuration continue qui a été le résultat de cette affection si grave, quand, au contraire, on devrait combattre l'état de faiblesse générale par tous les

moyens capables de leur donner de la force, de l'énergie, et prévenir toutes les pertes qu'ils pourraient subir? Ainsi, quand on prétend avoir guéri des caries de la colonne vertébrale en employant les moyens que nous avons énumérés plus haut, je crois que c'est une erreur profonde, et je suis convaincu que si l'affection de la colonne vertébrale a été guérie dans de pareilles circonstances c'est malgré l'emploi de ces moyens.

Le résultat le plus probable de cette espèce de médication sera d'aggraver l'état fâcheux de la constitution soumise à ce traitement : ainsi, nous verrons se perpétuer les ophthalmies produites si fréquemment dans les affections scrofuleuses, ophthalmies qui ont un caractère particulier, et qu'il est impossible de méconnaître pour peu qu'on ait observé plusieurs fois ses caractères, l'extrême sensibilité de l'iris. Soit que l'invasion de l'ophthalmie ait lieu chez un jeune sujet qui n'aura pas plus d'un mois d'existence, soit qu'elle se développe avant sept ans ou avant la puberté, ou bien jusqu'à l'âge de vingt ans, la sensibilité de l'iris est, pour ainsi dire, le symptôme pathognomonique de la constitution scrofuleuse qui se manifeste le plus souvent pendant les six premières années de la vie. Un des caractères qui appartient essentiellement à cette ophthalmie, c'est la récidive, récidive d'autant plus à craindre qu'elle s'est déjà manifestée plusieurs fois. Aussi, rien de plus fréquent que de voir la plupart des sujets qui ont été atteints plusieurs fois de cette espèce d'ophthalmie, porter des traces de l'opacité ou d'une lésion d'une cornée transparente ; il n'est pas rare de la voir suivie de staphylome, et quelquefois la désorganisation complète de l'œil est la terminaison d'une maladie opiniâtre qui s'est reproduite fréquemment, et qui a resisté aux traitements les mieux indiqués. A plus forte raison produira-t-elle de fâcheux résultats, si, au lieu de conseiller un régime entièrement fortifiant, on suit une marche opposée, en condamnant le malade à porter des exutoires qui, chaque jour, lui enlèvent des forces en proportion de la suppuration qu'ils provoquent.

Quelquefois, la carie scrofuleuse occupe le sternum ou les côtes ; quand son siége est au sternum, cette maladie produit toujours, quoique lentement, une suppuration plus ou moins abondante qui se manifeste dans le voisinage de cet os, dans l'espace compris entre ses bords et la côte, ou les côtes qui s'articulent avec lui. Quelquefois cette carie se manifeste à la partie antérieure du sternum, après avoir traversé une ouverture établie aux dépens de la destruction d'une portion de son corps. Ces phénomènes sont faciles à apprécier, par le caractère général de la constitution du blessé, qui est souvent appréciable par la longueur de l'affection, qui aura toujours été précédée d'un point douloureux fixe, dans le voisinage d'un ou de plusieurs abcès qu'on apercevra dans cette région. Il n'est pas rare de voir ces collections purulentes avoir des points de communication avec les plèvres ou avec le médiastin antérieur. Nous devons toutefois signaler ici le caractère essentiel de ces sortes d'abcès connus sous le nom d'*abcès symptomatiques*, expression extrêmement exacte, et qui prouve que la carie existait avant la collection et avant la formation de cette collection purulente qui, ne produisant aucun changement de couleur à la peau, se manifeste à une distance plus ou moins grande du point de départ de son origine.

Les caries des côtes, quoique assez rares, se présentent pourtant quelquefois dans la pratique ; et, au mois d'octobre 1835, j'ai eu l'occasion de voir chez un jeune homme de 17 ans, plusieurs abcès symptomatiques sur le côté gauche de la poitrine, abcès qui avaient été déterminés par la carie de cinq ou six côtes du côté gauche, et chez lequel nous avons observé un phénomène très-remarquable. Plusieurs tubercules en suppuration se trouvaient placés entre la face interne de la quatrième ou cinquième côte sternale et la plèvre sous-costale. Certes, chez ce sujet, déjà très-affaibli, je me serais bien gardé de provoquer des évacuations soit alvines, soit cutanées ; au contraire, dès le premier jour de son entrée dans la salle Saint-Augustin, il fut mis à l'emploi des amers, à un régime aussi substantiel que possible ; et malgré l'emploi de ces moyens, il succomba après deux mois de séjour dans ladite salle.

La carie la plus fréquente observée chez les scrofuleux, est la carie des vertèbres ; et c'est surtout le corps de ces os qui est frappé, parce qu'il présente des circonstances beaucoup plus favorables que ses apophyses au développement de cette affection.

Quelquefois, la carie se fixe sur le corps d'une seule vertèbre; mais le plus souvent elle envahit deux, trois, quatre vertèbres, et quelquefois même un plus grand nombre. A mesure que la destruction de ces régions vertébrales fait des progrès, l'épine dorsale devient plus saillante; car les vertèbres, en s'affaissant l'une sur l'autre par leur région inférieure, déterminent dans la même proportion la saillie de l'apophyse épineuse, au point diamétralement opposé de la colonne vertébrale. Mais l'une des conséquences inévitables de la marche progressive de cette maladie, c'est la formation d'une suppuration blanchâtre qui, suivant les gouttières latérales, et entraînée dans la direction de ces gouttières par son propre poids, arrive à la région antérieure de la symphise sacro-iliaque, passe au-devant de la fosse iliaque interne pour se diriger sous l'anneau crural, et vient former une tumeur au-dessous de ce même anneau, tumeur qui ne présente aucuns changements de couleur à la peau, facilement compressible, et qui est refoulée par le plus léger effort dans la fosse iliaque interne. Souvent cette collection purulente descend jusqu'à la partie moyenne de

la cuisse, en suivant toutefois la face interne de cette partie du membre abdominal. Ira-t-on, dans cette circonstance, conseiller toujours les évacuants, toujours les exutoires? Cette conduite sera repoussée non-seulement par l'expérience, mais par le simple bon sens.

D'autres fois enfin, la carie occupe la cavité cotyloïde, ou la tête du fémur qui s'articule avec elle. Des abcès symptomatiques, produits autour de l'articulation coxo-fémorale, sont entraînés le plus souvent par leur propre poids à la face externe et même postérieure de la cuisse malade. La tumeur, toujours sans changement de couleur à la peau, offre des dimensions d'autant plus étendues, que la collection est plus abondante; car rien n'est plus variable que le volume de ces sortes de tumeurs. Ira-t-on encore, dans ces circonstances, proposer l'emploi des débilitants? Je ne le pense pas. Cette proposition serait en contradiction flagrante avec tous les principes d'une chirurgie sage, d'une chirurgie analytique.

Quand ces sortes d'abcès par congestion se manifestent chez des sujets qui ont passé l'âge de la puberté, il est rare que ces abcès doivent être attribués à une affection scrofuleuse; mais alors on doit accuser un principe qui frappe toutes les constitutions sanguines, bilieuses, nerveuses. C'est un état de cachexie qui appartient souvent à des causes inconnues, ou plutôt assez obscures, pour que le malade ne puisse pas les accuser. Les abcès symptomatiques chez ces sortes de sujets, sont beaucoup plus fâcheux que chez les constitutions scrofuleuses, avant l'âge de la puberté; car, à cette première époque de la vie, quelque graves que paraissent les abcès symptomatiques, cependant, il n'est pas très-rare d'obtenir quelques guérisons, grâce à un régime fortifiant, et surtout aux ressources que la nature présente pour seconder l'action du régime conseillé dans cette circonstance.

Les caries qui établissent leur siége dans les os qui constituent le pied, la main, c'est-à-dire les phalanges, le métacarpe, le carpe, le métatarse, le tarse, s'observent très-souvent chez les enfants au-dessous de six ans; quelquefois même on les observe dans les cinq ou six premiers mois de la vie : mais ici, nous n'avons pas à craindre d'abcès symptomatiques, et ces affections guérissent dans la plupart des circonstances, grâce à l'emploi d'un régime fortifiant, et surtout en raison des moyens hygiéniques employés pour seconder l'effet du régime. Mais, je le répète, pour obtenir quelque succès dans de pareilles circonstances, employons les fortifiants les plus énergiques, et proscrivons toujours, et dans toutes les saisons, les moyens débilitants.

Si nous avons insisté aussi longuement sur les différents caractères que présente la carie scrofuleuse, si nous avons autant insisté sur sa marche, ses variétés et ses terminaisons, c'est parce que cette maladie si fréquente et si redoutable à Paris surtout, m'a paru digne du plus haut intérêt; heureux si les lignes que je viens de tracer peuvent produire quelques résultats pour le traitement de cette cruelle affection.

42. Dans l'ictère, la dureté du foie est un mauvais signe.

42. L'inflammation du foie se termine par résolution, par suppuration ou par induration, jamais par gangrène. La résolution est la terminaison la plus favorable et la plus fréquente. La suppuration, assez rare quand elle a son siége à la face convexe du foie, peut encore se terminer d'une manière heureuse. Quand, au contraire, ce siége est éloigné de la surface convexe, l'existence du malade est compromise. L'induration est fâcheuse, mais pas toujours mortelle. Une portion du foie passée à l'état squirrheux, ne peut plus participer à la sécrétion de la bile; c'est un corps étranger placé dans un des points du parenchyme du foie, n'ayant qu'un droit de domicile; mais ayant perdu toute sensibilité particulière, toute aptitude spéciale de sécréter la bile, mais il ne constitue pas essentiellement une cause de destruction. Cet état pathologique chronique est toujours accompagné d'ictères d'autant plus prononcés que le point envahi par l'état squirrheux est plus étendu. Le malade qui se trouve dans de pareilles circonstances ne peut pas guérir, mais il peut encore vivre, ou plutôt végéter pendant longues années.

Un avocat célèbre fut atteint, à l'âge de 30 ans, d'une hépatite aiguë; cette hépatite, traitée par tous les moyens antiphlogistiques, fut bientôt arrêtée dans sa marche, et après deux mois de traitement, le malade put reprendre les occupations de sa profession. Il conserva longtemps un ictère caractérisé par la couleur jaunâtre de la conjonctive et de la face; les urines, toutefois, étaient revenues à l'état normal, l'appétit commençait à se prononcer, et le malade, grâce à une alimentation modérée, récupéra bientôt ses forces. Mais à compter de cette époque, les évacuations alvines devinrent irrégulières, souvent pénibles, quelquefois impossibles, si ce n'est à l'aide d'un moyen actif ingéré dans l'estomac; ses fèces étaient peu colorées en jaune; elles étaient ordinairement d'une consistance solide, et, comme je le disais plus haut, très-difficiles à expulser. Cette difficulté alla toujours croissant, et le malade arriva au point de ne pouvoir obtenir d'évacuation qu'à l'aide de pilules purgatives.

Cette difficulté appartenait-elle à l'état sédentaire auquel est condamné un homme de sa profession, ou bien à la petite quantité de bile sécrétée par le foie qui avait été longtemps malade? Mais cette même difficulté existait quand le malade allait à la campagne pour huit ou dix jours, se

livrant à un exercice quelquefois porté jusqu'à la fatigue, soit à pied soit à cheval. On ne peut donc en trouver la cause dans les travaux du cabinet, ni dans le repos presque absolu auquel ces mêmes travaux condamnent les hommes de cette profession. Cette difficulté d'évacuations alvines appartenait-elle à la petite quantité de bile sécrétée par le foie? Je serais presque tenté de le croire, parce que je ne vois aucun moyen d'expliquer l'existence de ce phénomène, qui n'avait jamais apparu avant l'hépatite, qui paraît en avoir été le principe, et qui a persisté ainsi jusqu'au dernier jour de l'existence du malade, existence qui s'est prolongée jusqu'à quatre-vingt-un ans. Ainsi, pendant plus de cinquante ans, le sujet de cette observation a été obligé d'employer des moyens actifs, c'est-à-dire des pilules purgatives dont il faisait usage d'une manière régulière, et pour ainsi dire à heures fixes, soit à Paris, soit en voyage : et à l'aide de cette habitude, il a prolongé sa carrière jusqu'à un âge très-avancé, sans avoir, pendant ces longues années, éprouvé la plus légère maladie.

A l'autopsie cadavérique, on a remarqué que le foie avait perdu à peu près un cinquième de son volume, et présentait dans quelques points de son étendue des nodosités squirrheuses, disséminées dans les différentes régions de l'organe hépatique. Toutefois, nous devons remarquer ici, que le sujet qui nous occupe était d'un caractère calme, affectueux, généreux, tandis que le contraire s'observe, pour ainsi dire, chez l'homme dont le foie est ou a été malade.

Ainsi, dans les constitutions bilieuses, ou plutôt ultra-bilieuses, le foie règne en despote dans toute l'économie; il n'existe pas de repos pour cette constitution frappée, pour ainsi dire, par le destin; l'ambition, la domination, la soif des honneurs, des places, de l'or, de la supériorité dans tous les genres, telles sont les passions dévorantes qui s'attachent à cette constitution. Désirant tout, envieux de tout; tourmenter et être tourmenté, voilà le sort qui attend ou plutôt qui poursuit le tempérament bilieux au premier degré. Cette constitution, qui, en général, doit se créer beaucoup d'ennemis, me paraît beaucoup plus à plaindre qu'à blâmer, car il est impossible de ne pas reconnaître dans ces tristes résultats le pouvoir déplorable d'une fatale prédestinée.

44. Si le volvulus survient dans la strangurie, la mort a lieu en sept jours, à moins que la fièvre ne se déclare, et qu'elle ne soit suivie d'un flux abondant d'urine.

44. Le volvulus, ou l'invagination intestinale, est une maladie essentiellement mortelle; cette disposition, qui intercepte d'une manière exacte le passage des matières liquides ou solides, qui doivent traverser le tube intestinal, détermine d'abord une douleur aiguë fixe, qui va croissant jusqu'à ce que la gangrène soit parvenue à un degré tel que la mort en soit immédiatement la suite. Aux douleurs succèdent bientôt des nausées, des vomissements, d'abord muqueux, ensuite bilieux, puis enfin de matières stercorales; suspension complète d'évacuation solide, liquide ou aériforme par l'anus. Les douleurs augmentent de jour en jour, d'heure en heure, de minute en minute; et dans l'espace de trois à quatre jours, la gangrène met fin à ces tortures pour produire un état de calme trompeur, avant-coureur de la terminaison funeste, qui ne se fait pas longtemps attendre. Ainsi, l'abondance d'urine, quelle qu'elle soit, précédée de la fièvre, ne peut jamais combattre efficacement les symptômes ni les dangers de cette maladie, qui est constamment mortelle, dans l'espace de quatre jours; car rarement elle se prolonge au-delà du sixième.

Il existe un autre état pathologique qui présente une grande analogie avec le volvulus ou l'invagination intestinale, c'est le renversement de l'intestin, qui, après avoir quitté la place qu'il doit occuper dans l'état normal, se porte du bord externe de la cavité abdominale vers son centre. Ainsi, le cœcum, le colon ascendant, le colon descendant, et surtout l'S iliaque du colon, peuvent être renversés de manière à former une duplicature produite par le transport ou le déplacement du bord externe des portions intestinales que nous avons désignées; lequel bord, se portant du côté de la cavité abdominale, fait subir au tube intestinal un repli qui présente une barrière d'autant plus invincible au passage des aliments et des boissons, qu'il est impossible de soupçonner la cause de cette affection. En effet, cet accident n'a été précédé par aucun symptôme, et le malade est frappé comme par un coup de foudre. Son état de souffrance, dès le début, est extrêmement aigu; les douleurs vont en augmentant, pour ainsi dire, d'heure en heure; les nausées, les vomissements muqueux, bilieux, stercoraux, se manifestent ici comme dans le volvulus ou dans les hernies intestinales étranglées. Les symptômes vont toujours croissant jusqu'au moment où la gangrène, mettant fin à toutes les anxiétés du malade, détermine, comme dans le volvulus, la mort du sujet, mort prompte et d'autant plus déplorable que l'art ne pouvait rien contre une affection aussi profonde et aussi obscure.

Il est encore un autre phénomène qui peut en imposer pour un volvulus. Ce phénomène, nous avons eu l'occasion de l'observer dans la salle Sainte-Rose, à la charité.

L'histoire de cette maladie extrêmement rare, extrêmement grave, et terminée d'une manière si heureuse, me paraît digne d'un tel intérêt que je crois devoir la consigner ici.

Une jeune fille, âgée de vingt-quatre ans, entre à l'hôpital de la Charité, le 17 juillet 1835, et est

couchée au numéro 2 de la salle Sainte-Rose. Elle était domestique, et nous apprend qu'en résistant aux brutalités de son maître, le 6 juillet, celui-ci s'irrita tellement, qu'il la frappa de deux coups de talon de botte dans la région hypogastrique gauche ; que la violence du coup la fit tomber sans connaissance ; que, depuis ce moment, ses urines contenaient du sang, et qu'elle éprouvait de vives douleurs dans l'abdomen. Cependant, elle continua à vaquer à ses occupations, éprouvant toutefois de la difficulté à marcher, et ne pouvant frotter les appartements, lorsque, le 15 juillet, elle éprouve plusieurs vomissements, le ventre se météorise, et il y a impossibilité complète d'obtenir aucune évacuation alvine.

A son entrée à l'hôpital, le 17, nous remarquons que son ventre est ballonné, douloureux à la pression ; la vessie est distendue, et la malade ne peut pas uriner. Elle se plaint de douleurs par tout le corps, mais surtout à la région hypogastrique gauche et au thorax ; la respiration est gênée, une toux sèche indique aussi qu'il y a affection de la plèvre ; à cette toux fatigante succèdent des vomissements de matières stercorales ; le pouls est faible, la malade abattue.

On pratique une saignée, puis le cathétérisme. un lavement purgatif est ordonné, la malade est mise à l'usage des boissons gommeuses et mucilagineuses. Le lendemain, l'état est le même ; on applique des sangsues sur le point douloureux de l'abdomen, on donne un second lavement purgatif qui pénètre à peine dans l'intestin, et ne produit aucun résultat ; du reste, même prescription que la veille.

Pendant les mois d'août, septembre, octobre et novembre, il y a peu de changement dans l'état de la malade ; le ventre a acquis un développement considérable ; toujours même impossibilité d'évacuer les matières fécales par l'anus ; toujours des vomissements bilieux et stercoraux ; la malade ne peut toujours uriner qu'au moyen du cathétérisme. Cependant, la douleur est moins forte, et si quelquefois elle augmente d'intensité, cette recrudescence cède à une saignée locale assez faible.

Le diagnostic de cette lésion était difficile ; cependant, je dus penser que l'obstacle au cours des matières dans le tube digestif, était dû à une tumeur formée par une collection sanguine, conséquence de la contusion reçue par la malade ; plus tard, nous eûmes occasion de reconnaître que je ne m'étais pas trompé.

En effet, vers le 1er décembre, à la suite des efforts de défécation sollicités par un lavement purgatif, la malade rendit par l'anus un caillot de sang mêlé à une petite quantité de matières fécales liquides ; ce jour-là, les vomissements furent moins fréquents. Le lendemain et les jours suivants, on observe le même phénomène ; la quantité de sang diminue dans la même proportion que les matières augmentent ; enfin, le 16 décembre, la malade ne remarque pas de traces de sang dans ses évacuations ; cependant, le météorisme continue, quoique moins prononcé, et la malade n'a pas encore uriné ; du reste, l'état de la santé générale est bon ; elle mange le quart de portion, est très-gaie et ne se plaint plus de douleurs. Elle peut se lever, mais elle est très-faible, et éprouve de la gêne dans le bas-ventre quand elle marche. Le 22, Félicité B.... urine avant qu'on ne vienne la sonder, et la liberté des urines revient tout entière. Les jours suivants, le météorisme diminue d'une manière notable, et, le 1er janvier, la malade sort parfaitement guérie, ne conservant plus qu'une grande faiblesse, conséquence de son séjour prolongé dans l'hôpital.

Nous voyons chez cette malade des symptômes qui peuvent faire croire 1° à un étranglement interne, 2° à un volvulus intestinal, 3° aux phénomènes produits par le renversement de l'intestin. Mais, ici, les symptômes n'ont pas autant d'intensité, autant de persévérance ; car il ne faut pas oublier que ces trois cas pathologiques se terminent inévitablement par la mort, qui arrive toujours du quatrième aux cinquième, sixième, septième et huitième jours au plus. Chez notre malade, nous voyons bien la persistance du vomissement des matières muqueuses, bilieuses, et même stercorales. Ces vomissements sont, à n'en pas douter, le résultat d'un obstacle placé ou sur les tuniques intestinales, ou, ce qui est plus probable, dans la cavité de ces mêmes tuniques. Il n'existait pas ici de douleurs violentes, atroces, comme dans les trois affections que nous avons énumérées plus haut, douleurs qui vont toujours en augmentant jusqu'à la production de la gangrène. Chez Félicité B...., au contraire, on observait des rémissions, des suspensions de douleurs, qui permettaient à la malade d'avoir non seulement un calme très-heureux, mais même quelques moments de gaieté. Cet état a présenté peu de variations pendant les quatre premiers mois qu'elle a séjourné dans la salle Sainte-Rose, et le calme continua, quand quelques caillots sanguins s'échappant par l'anus, permirent aux évacuations alvines de suivre le même trajet ; et les phénomènes qui se sont développés successivement nous donnent lieu de croire qu'une collection sanguine abondante, coagulée, dans la cavité intestinale, dans la portion descendante du colon, a rempli l'office d'obturateur pendant tout le temps que les vomissements stercoraux ont subsisté. On ne pouvait appliquer ici qu'une médication exigée par la marche des symptômes. Ainsi, dans les temps d'exacerbation, une saignée générale et locale, des fomentations émollientes, des cataplasmes, des lavements calmants, des bains, des tisanes pectorales, mucilagineuses, gommeuses, des boissons légèrement opiacées, la diète absolue tels furent les moyens employés alternativement ou successivement.

Pour expliquer le succès de cette médication, il faut dire que la malade était jeune, d'une bonne constitution, et capable de résister longtemps à la privation totale d'aliments. Il faut dire de plus, avec franchise, que la nature a merveilleusement secondé le traitement dans cette affection, qui, dès le début, devait inspirer de si vives inquiétudes.

Pour expliquer la formation et le développement du caillot, principe de tout le désordre, il suffira de rappeler ce qui se passe dans les contusions violentes portées sur un des points de la surface du corps. Aujourd'hui, 24 janvier 1836, dans la même salle Sainte-Rose, est couchée au lit n° 11 une femme de cinquante ans, qui a fait une chute violente sur la fesse gauche il y a un mois. Cette malade présente sur toute la région gauche du bassin, sur les régions lombaire et fessière du même côté, une ecchymose très-prononcée, et un développement de la fesse gauche trois fois plus considérable que celui du côté opposé. Comme elle se plaignait de douleurs au moment de son entrée, qui date du 21, je fis envelopper toute la région douloureuse de larges cataplasmes émollients : soupçonnant, d'après le développement excessif de la fesse, la présence d'une collection sanguine, car rien dans la relation de la malade ne pouvait faire présumer la présence antécédente d'un phlegmon ni par conséquent sa terminaison par suppuration, il ne m'était pas possible de concevoir une autre idée que celle d'une collection sanguine. Le 23, à la visite du matin, je pratiquai une ponction exploratrice qui laissa suinter quelques gouttes de sang : les cataplasmes furent réappliqués comme la veille, et le 24, un suintement sanguin plus considérable que celui de la veille avait imbibé le cataplasme. Je portai une sonde à travers la première ouverture pour explorer l'étendue de la tumeur dans la base; après avoir agrandi d'un pouce et demi la première incision, je vis s'échapper des caillots de sang à travers cette ouverture, et en pressant la circonférence de la région malade, une quantité énorme de caillots continua de s'échapper jusqu'à ce que l'affaissement complet de la tumeur ait été obtenu ; nul doute que l'état de la blessée ne s'améliore de jour en jour. De larges caillots sanguins, cause de tout le désordre, existaient sur ce point à l'instar d'un corps étranger, et leur disparition réduira à sa plus simple expression cet état pathologique qui pouvait devenir d'autant plus grave, qu'une suppuration profonde, abondante et de longue durée, eût été le résultat de leur séjour prolongé sous la peau et le grand fessier, car cette collection sanguine était recouverte par les fibres nombreuses et énergiques de ce muscle.

Ce que nous venons de dire de cette seconde malade peut encore, jusqu'à un certain point, expliquer l'existence de la masse sanguine, qui, chez la malade précédente, avait produit une partie des phénomènes du volvulus, du renversement et de l'étranglement interne de l'intestin.

45. Les ulcères qui durent un an et plus, causent nécessairement la carie de l'os et des cicatrices profondes.

45. Les ulcères qui ont leur siége dans le voisinage des os, surtout dans le voisinage des articulations, disposition que l'on rencontrera souvent dans les constitutions scrofuleuses, pour peu qu'elles offrent les symptômes caractéristiques de ces affections lymphatiques, sont souvent suivis, mais plus souvent encore précédés de caries. Dans ces différentes circonstances, qu'arrive-t-il? une douleur fixe, rebelle, établit son siége dans une articulation ; cette douleur est le résultat de l'inflammation des ligaments articulaires, des cartilages, qui recouvrent les surfaces osseuses destinées à l'articulation, toutes les parties molles qui environnent participent bientôt à cette inflammation ; la peau elle-même s'enflamme, se déchire, dès lors il existe un ulcère avec carie. Ce fait de chirurgie pratique qu'on observe souvent chez les sujets scrofuleux, arrive aussi fréquemment chez les sujets les plus robustes, et chaque jour, dans les hôpitaux, on en rencontre de nombreux exemples. Ainsi, dans les entorses du pied, mal traitées, chez des sujets indociles qui se livrent toujours aux fatigues de la marche et aux travaux les plus pénibles, l'inflammation envahit l'articulation partiellement ou complétement; les cartilages articulaires du tibia, souvent les tissus ligamenteux, le tissu cellulaire sous cutané, la peau elle-même, sont bientôt atteints par l'inflammation, et il apparaît une plaie plus ou moins large avec carie. Mais ici encore la carie précède l'inflammation et l'ulcération du tissu cellulaire sous-cutané.

Une simple pression du soulier sur un des orteils détermine quelquefois l'inflammation de l'articulation des deux phalanges contiguës, ou de l'articulation métacarpo-phalangienne, et produit la carie de ces diverses articulations, en compromettant successivement le tissu cellulaire et la peau qui le recouvre. Bientôt il se manifeste un ulcère à bords fongueux, de mauvais aspect. En sondant cet ulcère, on trouve la substance osseuse de l'articulation ramollie, se laissant comprimer ou plutôt pénétrer très-facilement par l'extrémité de la sonde. La suppuration a tous les caractères qui signalent une carie plus ou moins avancée. Dans cette circonstance encore, la carie a précédé l'inflammation et la plaie de la peau.

La carie est quelquefois déterminée par un froid rigoureux, ou par une chaleur élevée à un très-haut degré.

Il existe en ce moment à la salle Saint-Augustin, n. 3, un blessé qui est entré à la Charité, le 26 décembre 1825. Ce blessé, âgé de 32 ans, d'un tem-

pérament sanguin, présentait, le jour de son entrée, une large escarre occupant la face dorsale et latérale du pied gauche; plus, des ulcérations au second orteil du même pied. La peau qui recouvrait l'extrémité de cet orteil était noirâtre et paraissait désorganisée. Cette double affection fut traitée par l'emploi des émollients; bains de pied, cataplasmes, lotions émollientes et narcotiques furent employés successivement, et dix jours après l'entrée de ce malade, l'escarre se détacha, et mit à découvert quelques-uns des tendons qui rampent dans cette région; mais cette plaie présenta bientôt des caractères favorables à sa guérison, et le traitement fut simplifié en raison de l'amélioration de la plaie, et dans ses progrès, et dans ses caractères.

Il n'en fut pas de même de l'orteil; la sonde fit bientôt reconnaître une carie de la première et de la deuxième phalange; dès lors, il ne fut plus possible de songer à la conservation de cet orteil, son ablation était inévitable; aussi fut-elle pratiquée aussitôt que le malade en reconnut la nécessité, et maintenant tout annonce que cette double affection arrivera heureusement à une guérison solide.

Il est impossible de ne pas voir qu'ici la carie n'a pas été déterminée par l'ulcération de la peau; il est, au contraire, certain qu'elle a précédé cette même ulcération.

Les exemples de ce phénomène ont été malheureusement trop multipliés dans la campagne à jamais déplorable de Moscou. Des caries, des nécroses, pour ainsi dire innombrables, ont été le résultat de l'action du froid excessif qui détruisit, pour ainsi dire, en quelques semaines, en quelques jours, la plus belle, la plus vaillante armée qui eût jamais existé.

La carie, disions-nous, peut être aussi produite par l'action d'une grande chaleur, et tous les jours, en hiver surtout, on a l'occasion d'observer ces phénomènes à la suite de brûlures qui sont le résultat ou d'une coupable imprudence, ou d'une triste fatalité.

Une inflammation aiguë peut aussi promptement déterminer la carie; ainsi, dans le panaris de troisième espèce, c'est-à-dire dans le panaris dont le siége existe dans la gaîne des tendons fléchisseurs des doigts; si on ne pratique pas de très-bonne heure une incision large et profonde qui pénètre jusque dans le siége de cette inflammation, des douleurs atroces, qui iront chaque jour croissant, seront bientôt suivies de la carie d'une ou de plusieurs phalanges, carie qui se manifeste à l'instant où l'abcès ouvert par l'art ou la nature permet à la sonde d'aller interroger le fond de la plaie, ou, ce qui est la même chose, le siége primitif de la maladie. On reconnaîtra facilement la carie ou la nécrose, qui condamnera le blessé à subir le plus tôt possible l'ablation du doigt, quelquefois l'ablation de deux phalanges, une autre fois l'ablation d'une seule, modifications qui seront le résultat des parties lésées et de l'étendue de la lésion. Ici encore, on le voit, la carie a précédé l'inflammation de la peau, et par conséquent son ulcération.

Quand, au contraire, on a de prime abord pratiqué l'incision conseillée par nos maîtres, on voit après cette incision la douleur qui était atroce cesser comme par enchantement. Ce résultat si prompt, si désirable, si heureux, faisait dire avec raison à un de nos professeurs les plus célèbres, que l'instrument tranchant était un *antiphlogistique* très-puissant dans un grand nombre de maladies chirurgicales, et parmi ces affections il plaçait en première ligne le panaris, la hernie étranglée, les abcès urineux ou stercoraux qui occupent le périnée ou le voisinage de l'anus, l'extraction des corps étrangers, l'ablation de ces ganglions nerveux qui, quoique d'un volume peu considérable, produisent des douleurs atroces.. Aussi, dans les diverses circonstances que je viens d'énumérer, le professeur qui nous donnait ces principes et nous développait ces maximes, réduisait à un très-petit nombre les antiphlogistiques connus et employés jusqu'à ce jour, comme les saignées générales ou locales, les applications émollientes et narcotiques, les boissons acidulées, pectorales ou gommeuses, les lavements, les bains prolongés, la diète la plus rigoureuse, et chaque jour la pratique vient confirmer la vérité et l'efficacité de ces maximes.

Un ulcère cutané peut exister des années entières sans avoir la moindre influence sur le tissu osseux. Au reste, que la carie précède ou soit une conséquence de l'ulcère, un régime convenable peut, quoique rarement, obtenir la guérison de ces caries; le plus souvent on sera forcé d'avoir recours à l'amputation du membre ou à l'ablation de la partie cariée. Cette cruelle nécessité n'est que trop constatée dans les hôpitaux, où l'on voit que sur dix amputations de la jambe, neuf au moins sont le résultat d'entorses du pied, entorses qui, quoique produites sur des sujets d'une constitution vigoureuse, n'en sont pas moins la cause exclusive de la nécessité de ces terribles opérations.

Rien de plus fréquent que ces sortes d'affections dans les maladies syphilitiques anciennes, et leurs siéges de prédilection se remarquent surtout aux os du palais, maxillaires supérieurs propres du nez, coronal, au sternum; le tibie est aussi quelquefois frappé par des causes syphilitiques.

Dans ce moment même il existe, dans la salle Saint-Augustin, n° 15, un homme de quarante-huit ans qui présente des caries syphilitiques au coronal, au sternum à la quatrième côte sternale du côté gauche. Je n'en parle ici que pour confirmer le principe que j'établissais plus haut que des caries, produites par le virus syphilitique existant

depuis longtemps dans l'économie animale, se retrouvent trop souvent dans la pratique pour être méconnues; et l'administration d'un traitement antisyphilitique, tantôt externe, tantôt interne, et quelquefois combinés, assureront, dans le plus grand nombre de cas, une guérison solide.

Cependant, quoique fort rarement, on peut avec succès transformer la carie en nécrose, et parmi plusieurs exemples que je pourrais ici rapporter, je ne rappellerai qu'une seule observation recueillie dans la salle Saint-Augustin, chez un malade couché au n° 11.

Cet homme, âgé de trente-six ans, d'un tempérament bilieux, portait à la partie supérieure et un peu externe de la jambe gauche un ulcère à bords fongueux, occupant deux pouces d'étendue, et pénétrant à un pouce environ dans la région précitée; en introduisant la sonde dans le fond de la plaie, il était facile de reconnaître une carie assez étendue du tibia ; l'odeur fétide de la suppuration qui s'échappait aurait suffi pour faire croire à l'existence d'une carie ; mais en multipliant les moyens d'exploration, on arriva à un sentiment plus intime de conviction, et c'est cette conviction seule qui doit régler la conduite du chirurgien. Il me fut donc facile, je le répète, de reconnaître cette carie et de concevoir l'idée de la combattre par des moyens énergiques.

Le blessé ayant été affaibli par un séjour prolongé dans les hôpitaux, fut mis à l'usage des amers, et à un régime aussi substantiel que le permet le modeste budget des hôpitaux : après trois semaines de repos, son état physique s'était amélioré; je profitai de ce moment pour pratiquer l'opération que j'avais méditée. Je le fais conduire à l'amphithéâtre d'opérations, où tout avait été préparé à l'avance; le sujet était d'ailleurs un homme ferme, courageux, et d'une confiance sans bornes aux conseils que je lui donnais. La plaie avait été rasée largement; je fis une incision à la partie supérieure et inférieure de cette même plaie, pour mettre à découvert toute l'étendue de la carie, en faisant écarter les lèvres de la plaie par deux aides. Des cautères de différentes dimensions avaient été chauffés à blanc, et j'en appliquai successivement trois, que je plongeai dans la carie. Le malade fut pansé avec un plumasseau, et reporté dans son lit. Pendant son opération, le blessé n'avait pas sourcillé, pas un cri, pas une plainte ne s'étaient échappés de sa bouche; la nuit qui suivit l'opération fut un peu agitée, la journée du lendemain plus calme : la seconde nuit meilleure que la première ; et les jours suivants le malade déclara qu'il ne souffrait pas plus qu'avant son opération. La suppuration fut peu abondante ; elle présenta un meilleur aspect : la plaie se détergea du douzième au quinzième jour; elle diminua chaque jour d'étendue, et enfin le malade sortit cinq semaines après son opération.

Le traitement de la carie, surtout dans la continuité des os longs, est très-simple, comme on vient de le voir par cet exemple : 1° mettre à découvert, autant que possible, toute l'étendue de la surface cariée ; porter un fer rougi à blanc sur les différents points de la carie, et vous favoriserez alors la séparation de la partie osseuse malade, qui sera remplacée par des bourgeons qui donneront bientôt naissance à une cicatrice solide, à une cicatrice indestructible ; il résultera toujours une difformité produite par les adhérences des parties molles au point occupé précédemment par la carie. Mais si l'on peut appliquer le fer rouge sur une carie située dans la continuité d'un os long, il n'en est pas de même quand cette affection occupe les os courts ou les extrémités articulaires, ou bien quand cette même carie a détruit une partie des surfaces articulaires des os longs. Dans ce cas, il faut respecter cette carie autant que possible, à moins qu'elle ne compromette l'existence du blessé; et c'est dans ce cas qu'on est forcé de recourir à la cruelle nécessité de l'amputation.

On observe cependant quelquefois, quoique rarement, des guérisons complètes, des guérisons solides de caries occupant les extrémités articulaires des os longs. Ainsi, chez les jeunes sujets, même chez des individus scrofuleux, on obtient quelquefois ces beaux résultats ; comme ils sont assez rares, il est bon, il est surtout utile de signaler ceux qu'on rencontre.

En 1830, je fus consulté pour un enfant de dix ans qui présentait, dans l'articulation du coude gauche, quatre à cinq ouvertures fistuleuses, à travers lesquelles le stylet faisait reconnaître une carie qui datait déjà de trois ans. La constitution était essentiellement scrofuleuse ; le bras était émacié, l'avant-bras réduit à un petit volume ; mais le coude était très-développé, et présentait les points fistuleux que j'ai indiqués plus haut.

Un chirurgien proposait l'amputation comme seul moyen de salut. Après avoir examiné le malade avec la plus grande attention, il me fut impossible de reconnaître aucun vice dans les cavités splanchniques : la tête offrait un volume égal à celui qui appartient à cet âge; l'enfant, toutefois, avait une intelligence à peu près ordinaire. La poitrine, petite et grêle, n'offrait rien d'inquiétant : les poumons exerçaient leurs fonctions d'une manière facile et complète ; le cœur n'offrait rien d'anormal ; les organes contenus dans la cavité abdominale avaient conservé leur intégrité : le sujet mangeait peu, la digestion était facile. La situation ne paraissant pas désespérée, je pensai qu'il serait très-dangereux d'ajouter à son état la douleur et les suites d'une opération aussi grave; mon opinion fut contraire à l'amputation, parce que je suis convaincu qu'une pareille opération ne doit être pratiquée que quand elle doit diminuer l'état d'anxiété de souffrances intolérables, parce que je pense, en un mot, qu'une opération aussi douloureuse doit être le *levamen* de ces douleurs

atroces qui rendent la vie si insupportable au blessé, et compromettent son existence d'une manière inévitable.

Je conseillai un régime essentiellement fortifiant; je conseillai la campagne, et surtout de choisir une résidence salubre. Mes conseils furent suivis, et trois ans après je vis revenir le malade, dont le bras était enkilosé, c'est-à-dire que l'articulation huméro-anti-brachiale était soudée d'une manière immobile, en sorte que tous les mouvements avaient lieu dans l'articulation scapulo-humérale. Cet enfant a pu facilement se livrer à l'étude, et maintenant il est employé dans un bureau, profession qui, en évitant la fatigue à ces sortes de sujets, permet de continuer le régime fortifiant qui déjà a été suivi d'heureux résultats, et qui probablement ajoutera chaque jour aux forces dont il a besoin pour réparer les traces d'une maladie aussi grave que celle qu'il a supportée.

La carie, déterminée par une affection rhumatismale, est d'autant plus à craindre que cette affection a été plus longue, plus rebelle, et s'est fixée sur des régions osseuses qui offrent peu de résistance à son influence; ainsi, chez les habitants de la campagne livrés aux travaux de l'agriculture, livrés surtout à l'exploitation des prairies, des bois, on voit assez souvent des affections rhumatismales envahir les articulations, envahir surtout la colonne vertébrale, et plus particulièrement la région lombaire de cette colonne, et produire des caries d'autant plus fâcheuses que le sujet est plus avancé en âge. Ici la carie, qui bientôt communique aux parties superposées un état pathologique plus ou moins aigu, mais qui se termine toujours par l'inflammation des tissus superposés; ici encore, disons-nous, la carie a précédé l'inflammation et l'ulcération de ces tissus; elle est donc toujours le principe et non la conséquence.

Je pourrais encore parler ici de la carie scorbutique, de la carie qui appartient à une cachexie générale, à une constitution affaiblie par des maladies antécédentes, par des excès de tout genre, par la violation de toutes les lois hygiéniques; mais je serais obligé de répéter ce que j'ai dit plus haut : la carie existe primitivement et non consécutivement.

46. Ceux que l'asthme ou la toux rend bossus avant la puberté, périssent en général.

46. Les déviations de la colonne vertébrale étant toujours le résultat du ramollissement ou de la carie des os, se rencontrent chez les sujets d'une constitution faible; il est donc difficile de combattre avec succès ces déviations à cause de l'idiosyncrasie du sujet. Ainsi, un enfant en bas âge présentant cette déviation qui imprime au thorax une conformation vicieuse, éprouve de la gêne dans la respiration, parce que le poumon ne peut parvenir à son degré normal d'accroissement. Cet obstacle empêche le développement complet de cet organe si nécessaire pour donner au sang les propriétés vitales dont il a besoin. La marche étant très-pénible pour ces sortes de sujets, ils sont constamment privés d'exercice; ce défaut de mouvement influe d'une manière fâcheuse sur l'appareil digestif, qui est très-peu exigeant, et comme il se contente d'une très-petite quantité d'aliments, la nature trouve peu de moyens de développement, elle trouve surtout peu de ressources dans les moments de crise qui se manifestent quelquefois pendant la croissance, et il doit résulter de cet état de faiblesse l'impossibilité d'arriver à l'âge de la puberté; aussi presque tous les sujets succombent-ils avant treize, quatorze, quinze ans, et si quelques-uns échappent à cette terminaison, ce sont des exceptions extrêmement rares et dont il serait difficile d'expliquer le privilége.

Aujourd'hui, et déjà depuis assez longtemps, les gibbosités sont devenues assez rares. Cette rareté appartient-elle à un meilleur emploi des moyens hygiéniques? Je crois que c'est à la meilleure alimentation, que c'est à la meilleure manière de se vêtir, et, en général, que c'est à l'influence d'une bonne hygiène qu'on doit la disparition d'un grand nombre de directions vicieuses de la colonne vertébrale. Pendant longtemps on croyait qu'il fallait que les enfants, les jeunes filles surtout, devaient être soumis au régime végétal jusqu'à l'âge de la puberté, en sorte que ces jeunes sujets s'élevaient avec peine; leur état de faiblesse les exposait à être traités pour un assez grand nombre de maladies. Leur constitution était grêle, la peau était blanche, mais n'offrait pas les caractères de cette vitalité si désirable à cet âge, et depuis sept jusqu'à quinze ans, on voyait se multiplier ces déviations de la colonne vertébrale qui faisaient la désolation d'un grand nombre de familles, et pourtant la plupart de ces jeunes sujets devaient le jour à des parents forts et vigoureux, antécédents qui n'empêchaient pas l'affection scrofuleuse de se manifester dans toute sa force. Mais aujourd'hui, grâce au conseil des médecins, grâce à l'instruction généralement répandue dans toutes les classes de la société, grâce au bon esprit qui fait chaque jour des progrès manifestes, grâce surtout aux résultats obtenus par l'hygiène rationnelle, grâce aussi peut-être aux établissements fondés pour combattre l'influence de cette affection scrofuleuse, on rencontre très-peu de gibbosités; la population paraît acquérir un développement de force facile à apprécier dans la classe ouvrière, dans nos régiments, et dans les classes les plus élevées de la société.

—

SECTION SIXIÈME.

47. Ceux à qui la saignée ou la purgation est utile, doivent se faire saigner ou se purger au printemps.

47. Il est difficile de concevoir comment, sans aucun état pathologique reconnu ou même soupçonné, on peut établir de prime abord que la saignée peut ou ne peut pas convenir. L'emploi de ce moyen si efficace dans un état inflammatoire prononcé chez les sujets pléthoriques soumis à un régime trop fortifiant, échauffant, et même inflammatoire, serait suivi d'accidents graves et fâcheux, et même accompagné de grands dangers, si on l'appliquait par fantaisie, ou, ce qui est pis, par habitude. Emploiera-t-on la saignée chez les scrofuleux? ce serait un contre-sens. Y aura-t-on recours pour les tempéraments bilieux? ce serait une faute grave. Saignera-t-on le tempérament nerveux? la saignée, en affaiblissant cette constitution nerveuse, lui imprimera une prédisposition qui favorise d'une manière très-fâcheuse les récidives et les redoublements des crises nerveuses qui s'observent déjà trop fréquemment dans ces sortes de constitutions. L'abus de ce moyen serait surtout fâcheux chez les femmes disposées à l'hystérie; et certes, s'il existe une circonstance très-rare sous laquelle la saignée convienne à cet état pathologique, il en est un plus grand nombre d'autres dans lesquelles la saignée est complétement contre-indiquée.

Il nous reste à examiner l'emploi de la phlébotomie chez les sujets sanguins. Vous voyez chaque jour la nature établir des efforts favorables pour provoquer les évacuations sanguines; dans ces sortes de constitutions, chez les enfants et chez les adultes, on observe des épistaxis; dans l'âge viril et dans la vieillesse, apparaissent souvent les hémorrhoïdes externes ou internes, dans la région anale. Ces hémorroïdes fournissent des évacuations sanguines, tantôt intermittentes, tantôt régulières, évacuations qui existent toujours au bénéfice du sujet qui en est atteint, pourvu qu'elles ne soient pas trop abondantes. Il s'agit moins, dans ces sortes de circonstances, de la quantité de sang versé par les bouches béantes des hémorrhoïdes, que de la direction imprimée à la circulation veineuse par cet écoulement sanguin habituel qui prévient souvent des engorgements formidables qui pourraient s'établir dans les organes contenus dans les trois cavités splanchniques. Déjà il a été question dans les articles précédents de respecter ce siége des évacuations sanguines, établies par les efforts de la nature pour des résultats aussi importants que ceux qu'elle médite, et qu'elle obtient dans de pareilles circonstances. Mais, je le répète, dans le cas où on reconnaîtrait la nécessité de recourir à l'emploi de ce moyen, il suffirait d'appliquer cinq ou six sangsues à la marge de l'anus, pour donner à la circulation veineuse cette direction. La méthode qui conseillerait une vingtaine de sangsues pour obtenir une évacuation sanguine très-copieuse serait d'autant plus fâcheuse, qu'en jetant le sujet dans un état de prostration, elle l'exposerait à être frappé par un grand nombre de maladies, après lui avoir enlevé les forces nécessaires pour leur résister.

Ce que nous avons dit de la saignée peut s'appliquer aussi à l'emploi habituel et pour ainsi dire périodique des purgatifs.

Pendant longtemps cette habitude fâcheuse a exercé de nombreux ravages dans les pays où elle avait établi sa domination; dans certaines familles, dans certaines localités, et même dans des régions tout entières, on employait les purgatifs tous les ans, tous les six mois, souvent même tous les mois. Il suffisait d'avoir déterminé une époque fixe, de se préparer à l'avance, et l'administration des purgatifs avait lieu, malgré les contre-indications qui pouvaient se présenter. Si cette habitude n'offrait qu'un côté ridicule, on pourrait l'abandonner à elle-même, mais il est impossible de ne pas prévoir à l'avance quels sont les désordres que doit produire une pareille conduite dans les constitutions sanguines, lymphatiques, bilieuses et nerveuses.

Chez le sujet sanguin, essentiellement prédisposé aux inflammations, nul doute qu'un purgatif administré hors de saison ne détermine promptement une gastrite, une entérite ou une gastro-entérite, souvent simple, mais souvent aussi compliquée d'une affection cérébrale; complication toujours grave et toujours accompagnée de plus grands dangers.

Chez le sujet lymphatique, l'emploi des purgatifs, en déterminant des évacuations copieuses, abondantes, multipliées, augmentera l'état de faiblesse primitive qui est le caractère particulier de cette constitution. Chez ces sortes de sujets, non seulement il serait nécessaire d'éviter toute espèce d'évacuations, mais il serait, au contraire, très-important d'ajouter chaque jour à leurs forces pour leur fournir les moyens de développement et d'entretien qui leur manque, et dont ils ont un si grand besoin.

Chez les sujets bilieux, l'emploi des purgatifs peut facilement déterminer l'inflammation de l'organe hépatique, organe dominant dans ces sortes de tempéraments, qui règne en maître absolu, et imprime son influence active à toute la constitution. Cette inflammation présenterait les conséquences les plus graves, qu'il est essentiel de prévenir en proscrivant l'emploi des purgatifs, dont l'administration ne peut être conseillée qu'avec la plus grande réserve et dans des circonstances très-rares. Ce serait donc une grande faute que d'en conseiller l'usage ou plutôt l'abus habituel.

Chez les constitutions nerveuses, dont le premier besoin est un calme absolu, physique et moral, l'emploi des purgatifs établirait une excitation

fâcheuse qui pourrait se compliquer d'inflammation de l'estomac, et, chez des femmes, d'inflammation de l'utérus. Mais dans ces sortes de constitutions, l'inflammation de l'estomac, du péritoine et de l'utérus, est toujours un état pathologique d'autant plus fâcheux que l'état nerveux du sujet est élevé à un plus haut degré. Aussi, chez les femmes, à l'inflammation de l'utérus se joindra bientôt une affection cérébrale, affection que nous avons signalée plus haut comme une complication des plus formidables des maladies dont le siége est établi dans un des organes contenus dans les cavités abdominale ou pelvienne.

Aussi protesterons-nous de toutes nos forces contre l'emploi des saignées ou des purgatifs dont on voudrait faire une nécessité, pour ainsi dire, à l'avance, en donnant aux différentes constitutions l'habitude d'avoir recours à l'emploi de ces moyens dans telle ou telle saison, comme si la saison, pouvait décider *à priori* du bon résultat que doivent produire soit les saignées, soit les purgatifs.

Le principe que nous venons d'établir pour les sujets qui n'appartiennent pas essentiellement au domaine chirurgical est surtout applicable aux blessés pendant tout le temps que dure leur état pathologique. Certes, ce serait une étrange idée que celle qui conseillerait de saigner un blessé dans telle saison et de le purger dans telle autre. La saignée est assez rarement applicable aux blessés, parce qu'au moment où ils ont été atteints par la cause vulnérante, ils ont subi presque toujours une perte de sang plus ou moins considérable, par conséquent leurs forces ont été diminuées en proportion de cette évacuation sanguine. L'état du pouls annonce une faiblesse générale qu'il faut bien se garder d'augmenter; aussi, par tous ces motifs, il faut s'abstenir de conseiller la saignée pour des sujets placés dans ces diverses circonstances. Quant aux purgatifs, non-seulement ils sont contre-indiqués chez la plupart des blessés, mais ils produiraient les plus fâcheux résultats, 1° en troublant les fonctions digestives; 2° en produisant souvent une inflammation de la muqueuse gastro-intestinale; 3° enfin, en portant sur l'appareil digestif une irritation capable de détourner les forces que la nature dirige avec sa sollicitude accoutumée vers la plaie, afin de favoriser la suppuration et la cicatrisation de cette même plaie, de la manière la plus prompte et la plus heureuse. Ainsi, les purgatifs doivent être proscrits pendant le traitement des blessés, parce qu'ils entraveraient nécessairement et la marche et la terminaison de ces divers états pathologiques.

49. Les attaques inflammatoires de goutte se dissipent par résolution dans l'espace de quarante jours.

49. Il est probable que par ce mot, attaque de goutte, Hippocrate voulait parler du rhumatisme articulaire, connu longtemps sous le nom de rhumatisme goutteux. Cette maladie, qui frappe le plus souvent les sujets pléthoriques, vigoureux, soumis ordinairement à un régime éminemment nutritif, offre une grande différence avec la goutte proprement dite. Celle-ci a une marche irrégulière, incertaine, débutant souvent sans cause appréciable, et se terminant de même. Elle ne frappe les enfants que quand ceux-ci sont nés de parents goutteux, infirmes ou caduques. C'est surtout après l'âge viril qu'on voit la goutte se manifester chez les sujets adonnés aux plaisirs de la table, faisant peu d'exercice, et qui aiment les douceurs de l'oisiveté. Elle débute ordinairement par le gros orteil de l'un ou l'autre pied, et est accompagnée de tumeur, de rougeur et de chaleur. Les douleurs qu'elle produit offrent un caractère particulier : elles sont essentiellement lancinantes et augmentées par la chaleur. Aussi, pendant la nuit, l'état du malade est-il beaucoup plus fâcheux que pendant le jour. Souvent elles durent quelques jours seulement, d'autres fois elles se prolongent pendant des mois, des années entières; enfin elles disparaissent pour se renouveler plusieurs fois après la première invasion. Le traitement consiste à diminuer, par tous les moyens possibles, l'excès des douleurs goutteuses : ainsi tantôt les saignées générales, tantôt les saignées locales, constamment les cataplasmes émollients enveloppant la partie malade, le repos absolu, une diète assez sévère, prépareront la guérison de cette maladie, qui conduit quelquefois le malade au tombeau, au moment même où on pouvait concevoir les espérances les plus flatteuses de guérison; car un des caractères les plus distinctifs de cette affection, est la possibilité d'un déplacement subit, déplacement à l'aide duquel les organes contenus dans les cavités thorachiques ou encéphaliques sont compromis d'une manière si rapide, que le malade succombe quelquefois frappé comme par un coup de foudre.

D'autres fois, et c'est le cas plus ordinaire, la goutte, après avoir affecté une marche aiguë, passe à l'état chronique, qui peut se prolonger chez certains sujets pendant longues années : elle finit par produire souvent des tumeurs, qui, se développant sur les diverses régions des doigts ou des orteils, leur impriment une difformité, leur donnent une direction vicieuse, qui les met dans l'impossibilité de remplir leurs fonctions. Aussi ces malades ne peuvent rien saisir avec leurs doigts, ou ne peuvent se servir de leurs pieds pour faire le plus léger exercice.

Le rhumatisme articulaire ou inflammatoire présente des caractères bien différents de ceux de la goutte. Ainsi, dans cette affection, le malade se plaint de douleurs dans une ou plusieurs articulations : ce sont surtout les genoux, les coudes et les épaules, qui sont ordinairement les siéges de ces maladies dans le rhumatisme articulaire ou

sur-aigu. La douleur très-violente existe avec un gonflement remarquable dans la région affectée ; mais on n'observe point ici de douleur comme dans la goutte : les douleurs ne sont point lancinantes, ne sont point augmentées par la chaleur de la nuit, et sont au contraire assez facilement calmées par l'application des cataplasmes émollients et narcotiques, par les bains répétés, et surtout par de larges saignées faites successivement, jusqu'à ce que les progrès de l'inflammation soient arrêtés. Souvent il faut les renouveler plusieurs fois dans le même jour ; et quand les forces du malade auront été assez diminuées pour faire renoncer à la saignée générale, il faudra pratiquer des saignées locales, à l'aide de sangsues sur le lieu de la douleur, et l'emploi de ces moyens dirigés avec promptitude, obtiendra des succès d'autant plus certains, que ces moyens auront été employés avec plus d'énergie. Ce traitement doit terminer la maladie dans l'espace de dix-huit ou vingt jours ; bien entendu qu'il est secondé par une diète sévère, par l'usage de boissons adoucissantes, gommeuses et légèrement diaphorétiques.

La région qui a été malade présente encore assez longtemps après la guérison un peu d'empâtement, de la gêne dans les mouvements; mais tous ces symptômes disparaissent avec le temps, et ne laissent ordinairement aucunes traces. Il existe donc ici une grande différence entre la goutte proprement dite et le rhumatisme articulaire aigu. Dans la première, cause souvent inconnue, durée incertaine, terminée par un état de chronicité qui se reproduit quelquefois à des intervalles très-considérables, chronicité qui s'explique d'autant plus facilement que le malade continue son régime ordinaire ; par conséquent, ces engorgements articulaires, opiniâtres, et résistant aux médications les plus méthodiques, s'expliquent parfaitement par la marche, et surtout par les récidives des affections goutteuses.

Dans le rhumatisme aigu, au contraire, dont les symptômes sont violents, rapides, la maladie marche avec une célérité d'autant plus heureuse, qu'elle est combattue par les antiphlogistiques les plus actifs, qui en assurent la terminaison d'une manière prompte et complète, en sorte que le plus souvent ils ne laissent aucun vestige de leur passage sur les articulations qu'ils ont frappées.

Il est probable que dans cet aphorisme Hippocrate voulait parler sans doute du rhumatisme articulaire aigu abandonné à lui-même et aux seuls efforts de la nature, et l'on conçoit alors que dans ce cas il ait le droit d'annoncer que cette affection se termine ordinairement vers le quarantième jour. Il est probable qu'aujourd'hui, et dans notre climat, cette maladie aurait au moins quarante jours de durée, si on se bornait à faire dans cette circonstance la médecine expectante. Mais heureusement pour le malade, la médecine devenue plus active, encouragée qu'elle est par de nombreuses expériences, se hâte de combattre de prime abord, avec la plus grande énergie, une affection dont les symptômes sont si douloureux, et présente des exacerbations aussi pénibles, qu'elle doit, dès son début, inspirer de vives inquiétudes.

La goutte et le rhumatisme, nous insistons sur ce point qui nous paraît important, diffèrent essentiellement par leur marche, leur terminaison et leurs conséquences : chronicité désespérante dans la première, acuité presque toujours favorable dans la seconde.

Il est très-rare que les différents siéges occupés par le rhumatisme aigu présentent des phlegmons terminés par suppuration ; car ici la maladie occupe non le tissu cellulaire sous-cutané, mais les tissus blancs qui environnent l'articulation ; ainsi les capsules articulaires, les ligaments qui protègent ces articulations, les tissus fibreux ou membraneux sont envahis spécialement par cette maladie, qui se termine, ainsi que nous l'avons dit, dans l'espace de quinze à vingt jours, quand elle a été soumise à un traitement rationnel et méthodique. Et s'il reste quelquefois de la raideur, de la difficulté dans les mouvements articulaires, on expliquera facilement ce phénomène, 1° par le siége essentiel de l'inflammation; 2° par la privation totale de mouvements pendant le cours de la maladie, mouvements qui auraient déterminé des douleurs atroces, des douleurs insupportables. On a donné jusqu'ici le nom de fausse-ankylose à cette raideur des articulations qui n'exécutent que des mouvements extrêmement bornés ; mais j'avoue que cette expression m'a toujours paru insuffisante pour expliquer l'état de l'articulation; car s'il est vrai que l'ankylose est la soudure des articulations, soudure effectuée par un travail d'ossification, il est au moins ridicule de donner le nom de fausse-ankylose à une articulation qui ne présente aucun degré de ce travail d'ossification, qui seul peut préparer et produire l'ankylose. Espérons que bientôt, dans le langage chirurgical, ces expressions disparaîtront devant un examen rationnel et conséquent.

50. Lorsque les plaies du cerveau sont pénétrantes, il survient nécessairement de la fièvre et le vomissement de bile.

50. Les plaies pénétrantes du crâne ne pouvant être produites que par des percussions violentes, le cerveau a dû participer aux effets de cette contusion, et dans ce cas rien de plus facile que d'expliquer la cause de ces vomissements. En effet, rien n'est plus démontré que l'influence du cerveau sur l'estomac, rien n'est prouvé plus exactement que l'influence de l'estomac sur le cerveau et si dans certains cas la lésion cérébrale détermine des vomissements muqueux, mucoso-bilieux,

ou simplement bilieux, on concevra facilement que la lésion de l'estomac, et surtout les lésions aiguës pourraient déterminer des douleurs de tête violentes, des éblouissements, des tintements d'oreille, enfin tout ce qui annonce une irritation manifeste de l'organe encéphalique. Les observations recueillies soit dans la pratique civile, soit dans les hôpitaux, viennent confirmer chaque jour l'assertion contenue dans l'aphorisme précédent.

Les plaies de tête bornées au cuir chevelu, celles qui existent avec la division du muscle épicrânien, ou bien celles qui sont accompagnées de fractures des os du crâne, sans mériter le nom de plaies pénétrantes, non-seulement sont souvent accompagnées de vomissements bilieux, mais déterminent quelquefois des gastrites, des gastro-entérites, reconnaissables par un état de chaleur âcre à la peau, par l'accélération du pouls, par la rougeur de la langue et surtout de ses bords, par une soif plus ou moins vive et difficile à modérer, fièvre qui dure sept à huit jours, et quelquefois ne se termine qu'au quinzième et se prolonge souvent jusqu'au vingt-deuxième. Cet état fébrile, impossible à méconnaître par ses symptômes, par sa marche et par ses terminaisons, est toujours une complication fâcheuse pendant le traitement des plaies de tête; ce qui doit forcer le chirurgien chargé du traitement de pareilles blessures à se tenir en garde contre la complication dont nous venons de parler et qui est d'autant plus fâcheuse qu'elle empêche de donner au blessé les aliments qui pourraient réparer les forces qui lui sont enlevées par la suppuration de la plaie, par un défaut complet d'exercice, par un séjour prolongé dans un hôpital, et par tous les moyens débilitants qui l'entourent, soit physiquement, soit moralement.

Les plaies de tête des différents degrés, et surtout celles dont le siége est plus profond, sont aussi assez souvent compliquées d'un état pathologique du foie. Il n'est pas rare de voir, quelques jours après l'existence de ces blessures, le malade se plaindre d'une douleur dans la région hypochondriaque droite; à cette douleur succède bientôt une couleur légèrement jaunâtre de la conjonctive des paupières et de la face. On remarque aussi dans les urines une coloration jaunâtre et très-prononcée; ces différents symptômes annoncent évidemment une affection du foie, qui peut se terminer promptement à l'aide d'un traitement antiphlogistique énergique, ou qui peut suivre une marche chronique et produire un simple empâtement de cet organe, ou bien un état squirrheux plus ou moins grave.

Ainsi donc, toutes les fois qu'on aura à traiter une plaie du crâne, superficielle ou profonde, mais surtout profonde, on devra se tenir en garde contre une gastrite ou une gastro-entérite, et surtout contre une hépatite.

Quelles sont les causes qui, dans cette circonstance, peuvent déterminer l'hépatite? Cette question très-importante est loin d'être résolue. Doit-on l'attribuer à une cause physique ou à une cause morale? Car enfin, puisque cette complication est si fréquente, il faut tâcher de savoir à quelle influence elle est due. Quand la plaie est le résultat d'une percussion portée directement contre un des points du crâne, il est difficile de deviner, et même de présumer ce qui a pu déterminer cette complication; nous sommes donc obligés ici d'accuser une disposition morale, et rien ne paraît plus vague que cette accusation. Quand, au contraire, la plaie est le résultat d'une chute d'un lieu plus ou moins élevé, accident observé souvent chez les blessés apportés dans les hôpitaux, on conçoit aisément qu'au moment de la chute, le foie, organe volumineux contenu dans la cavité abdominale, peut avoir été froissé, peut avoir été contus pendant cette chute, et par conséquent son intégrité a été compromise d'une manière assez grave pour que cette lésion puisse se manifester quelques jours après la production de la plaie de tête. Dans ce cas, les phénomènes sur lesquels nous avons insisté, par rapport à l'organe hépatique comme complication des plaies du crâne, peuvent s'expliquer d'une manière très-rationnelle, très-claire et très-précise, et il sera du devoir du praticien d'annoncer, pour ainsi dire à l'avance, que cette complication peut avoir lieu, afin d'employer tous les moyens préventifs qui peuvent arrêter cette complication, ou du moins en diminuer l'influence par l'emploi des moyens les plus appropriés à cette circonstance.

Mais lorsque les plaies de tête sont le résultat d'une chute faite d'un lieu plus ou moins élevé, ce n'est pas le foie seul qui peut avoir sa part de la lésion produite par la chute; l'estomac, les reins, la vessie, ont aussi quelquefois eu leur part de cette lésion qui a été mise en évidence tantôt par des douleurs à l'épigastre suivies de vomissements, tantôt de douleurs néphrétiques suivies d'écoulement de sang mêlé aux urines, tantôt de douleurs à la région hypogastrique, accompagnées de cystite annoncée promptement par l'émission pénible des urines, par des envies fréquentes d'émettre ces urines qui sont mêlées à du sang noirâtre coagulé, et qui s'échappent à travers l'urètre, précédées, accompagnées et suivies de douleurs très-violentes, mais qui cèdent bientôt à un traitement antiphlogistique bien dirigé, surtout à l'emploi de boissons mucilagineuses prises en petite quantité, et à l'usage des demi-bains prolongés et répétés plusieurs fois dans la journée. Ainsi, les plaies de tête sont donc toujours fâcheuses: 1° par l'influence directe qu'elles ont sur le cerveau; 2° par l'influence indirecte qu'elles ont ou qu'elles peuvent avoir avec les différents organes contenus dans la cavité abdominale. Dans les plaies pénétrantes du crâne, la première indication qui se présente est de dilater largement les bords de la plaie, afin de préparer un passage libre aux matières san-

guines, sanieuses ou purulentes, qui doivent traverser ces mêmes lèvres; l'indication la plus impérieuse est surtout d'enlever le plus tôt possible les esquilles qui sont déprimées du côté de la dure-mère, et dont la présence produirait une méningite aiguë et souvent mortelle. Ainsi donc, dans la première visite, à la première inspection, quel que soit l'état du malade, état d'anxiété, de douleur, de torpeur ou de sommeil, il ne faut pas perdre un instant; il faut enlever nécessairement les esquilles à l'aide d'un élévatoire ou d'une couronne de trépan, car, avant tout, il faut prévenir ou combattre l'état pathologique de l'organe encéphalique, beaucoup plus fâcheux que les différentes complications dont nous avons parlé plus haut.

51. Une forte céphalalgie, qui survient tout à coup aux personnes en santé, et qui s'accompagne de la mutité et d'une respiration stertoreuse, donne la mort en sept jours, à moins que la fièvre ne se déclare.

51. Lorsqu'un sujet qui jouit de la plénitude de ses forces et de la santé la plus brillante, subit sur un des points du crâne une percussion violente produite ou par une chute, ou par un coup dirigé sur cette région, il éprouve souvent les symptômes de mutité, une respiration stertoreuse, qui amènent bientôt un résultat funeste; la mort arrive le plus souvent dans le premier septenaire, et il n'y a de salut possible que quand la nature est assez puissante pour produire une suite d'efforts, une fièvre plus ou moins vive, une excitation générale qui prouve qu'une lutte sérieuse est engagée, et cette lutte se termine quelquefois, quoique rarement, par la guérison du malade, dont l'état s'améliore de jour en jour, quoique très-lentement, la maladie et les accidents se terminent sans laisser de traces, si ce n'est un affaiblissement général et des forces physiques et des forces intellectuelles. Il arrive même quelquefois que le cerveau ne récupère plus son énergie primitive, qu'il reste dans l'intelligence un état d'incertitude, une faiblesse de conception, une difficulté de travail, surtout l'impossibilité de penser à des études sérieuses, pénibles et fatigantes. Heureux quand cet affaiblissement n'arrive pas jusqu'à l'idiotisme, plus heureux encore quand il n'est pas suivi d'accès épileptiques, accès qu'on a malheureusement trop souvent observés dans de pareilles circonstances.

Nous avons dit que quelquefois, quoique très-rarement, les percussions violentes du crâne, après avoir présenté des symptômes très-alarmants, pouvaient pourtant être suivies d'une guérison complète, et ne laissant aucune trace de la lésion primitive. A l'appui de cette assertion, je citerai l'observation d'un jeune pharmacien attaché aux hôpitaux militaires dans la campagne d'Italie. Ce jeune homme de 22 ans, d'une constitution éminemment sanguine, herborisait sur une des montagnes qui avoisinent Suze en Piémont; il fit un faux pas, glissa sur une herbe fraîche, et fut entraîné dans sa chute de manière à parcourir rapidement un espace de deux cents pieds. Il ne fut arrêté que par une butte, ou plutôt par une petite portion de rocher détachée de la montagne. A l'instant même il perdit le sentiment, le mouvement et l'audition. Apporté dans cet état à l'hôpital militaire de Suze, il fut immédiatement couché dans la salle des officiers, et saigné largement du bras après un quart d'heure de repos dans son lit : il pouvait être onze heures du matin. Les boissons calmantes, gommeuses, furent administrées, mais inutilement, le malade vomissant tous les liquides qu'on voulait porter dans l'estomac. Le pouls était dur; et le soir une saignée de trois palettes fut répétée. On donna plusieurs lavements légèrement excitants, et l'on n'obtint aucune amélioration dans l'état du blessé. Toujours la même suspension du sentiment et du mouvement; toujours le même mutisme. Le malade n'urinant pas, la région hypogastrique fut explorée, et il fut facile de reconnaître à une tumeur arrondie située dans cette région, que la vessie était pleine. Le cathétérisme fut pratiqué à l'instant même, et douze onces environ d'urine sortirent à travers la sonde. On fut obligé de pratiquer cette opération pendant plusieurs jours de suite, et nous indiquerons bientôt le moment où elle devint inutile. Nous devons faire observer toutefois, qu'on ne remarquait aucune contusion sur le crâne, qu'on n'apercevait pas même la plus légère ecchymose du cuir chevelu. La nuit qui suivit l'accident fut fort agitée. Le malade parut un peu assoupi d'intervalle en intervalle; mais ce sommeil était loin d'être calme, était loin d'être réparateur. Les boissons étaient toujours rejetées, les lavements ne produisaient aucun résultat. Le pouls étant moins dur que la veille, on conseilla l'application de six sangsues derrière chaque oreille. Cette saignée locale, quoique assez abondante, n'améliora pas l'état du blessé; la journée fut assez tranquille, mais des symptômes alarmants parvenaient à un degré très-effrayant. La seconde nuit fut moins agitée que la première; mais les mêmes symptômes existaient toujours; le chirurgien-major de l'hôpital conseilla l'application du trépan, et voulait procéder de suite à cette application. Mais, comme rien n'indiquait une fracture des os du crâne avec enfoncement, comme rien n'indiquait la présence d'une collection sanguine sur un des points du cerveau, car il n'existait ni paralysie partielle ni hémiplégie, je m'opposai de toutes mes forces à cette opération qui fut ajournée.

Le troisième jour, quand on vit que ni les saignées générales, ni les saignées locales, n'avaient produit aucun succès, on appliqua des sinapismes très-actifs, qui furent, pour ainsi dire, promenés de trois en trois heures, sur toutes les

régions des membres abdominaux. Ces applications ne produisirent aucune douleur; le malade présentait toujours un état d'impassibilité désespérant. Le quatrième jour, l'état du blessé ne s'était pas amendé ; seulement les boissons furent admises dans l'estomac avec un peu plus de facilité, les vomissements furent moins fréquents. La nuit qui suivit le quatrième jour fut très-calme ; et le cinquième jour au matin le blessé ouvrit les yeux, proféra quelques paroles en se plaignant de souffrir horriblement, c'était son expression, de toutes les parties du corps sans en excepter aucune. Il entendait les questions qu'on lui adressait, mais d'une manière incomplète; aussi faisait-il quelquefois des réponses très-peu en rapport avec les questions ; toutefois cette légère amélioration fut accueillie avec transport par ses amis qui l'entouraient; *car à l'armée, car au bivouac,* la confraternité est bientôt échangée en amitié franche et cordiale que le temps ne peut plus altérer. Et chaque jour, nous eûmes la satisfaction de voir les symptômes les plus graves diminuer d'une manière sensible, et, cinq jours après cette première amélioration, le blessé entra en convalescence qui n'éprouva aucun trouble, aucune entrave, et trente jours après sa chute, ce jeune pharmacien reprit ses fonctions à l'hôpital.

Il récupéra l'aptitude de son intelligence, aucune de ses facultés ne fut altérée, en un mot, sa guérison ne laissa rien à désirer.

Cette observation nous prouve que l'assertion émise dans l'aphorisme précédent est beaucoup trop absolue, et qu'elle rencontre, heureusement, d'assez nombreuses exceptions.

53. Les délires gais laissent plus d'espérance; mais ceux qui fixent l'attention du malade sont très-pernicieux.

53. On voit souvent à la suite des plaies, et surtout des plaies de tête, un délire plus ou moins fâcheux compliquer l'état pathologique confié aux soins du chirurgien. C'est ordinairement du cinquième au septième jour que ce délire s'annonce avec des signes plus ou moins variés : tantôt ce sont des symptômes de violence, et pour ainsi dire de fureur, qui se manifestent ; le blessé cherche toujours à s'échapper de son lit; on est obligé d'employer des moyens coërcitifs qui ajoutent encore à la violence des exacerbations ; dans ce cas, les saignées répétées pour ainsi dire jusqu'au déliquium, les boissons mucilagineuses, les potions narcotiques, les lavements émollients, les bains et la diète doivent être employés tour à tour, jusqu'à ce que le blessé ait obtenu un peu de calme, et pourtant, malgré l'emploi de tous ces moyens, on voit souvent une fièvre cérébrale s'annoncer et se développer avec les symptômes terribles qui caractérisent sa présence, et le blessé périr dans l'espace de sept ou huit jours au plus, malgré les soins les plus actifs et le traitement le mieux dirigé. D'autres fois, au contraire, le blessé présente bien, du quatrième au sixième jour, quelques signes de délire ; mais ce délire offre un caractère particulier ; il est accompagné d'une gaieté extraordinaire. Le malade rit de tout ce qu'il entend dire; sa gaieté est exagérée, sa loquacité est infatigable, enfin, cette gaieté exagérée et qui n'est pas suspendue une minute pendant la veille du blessé, ne cesse qu'au moment de son sommeil, sommeil d'ailleurs très-souvent agité par des rêvasseries aussi extraordinaires que fatigantes.

Cette complication est beaucoup moins fâcheuse que la première ; elle disparaît souvent du quinzième au vingtième jour sans laisser aucune espèce de trace. Cependant, nous devons remarquer ici que quelquefois, quoique très-rarement, le cerveau présente un état d'affaiblissement prouvé par une imperfection dans les fonctions intellectuelles; ainsi, la mémoire n'est plus aussi bonne qu'avant la maladie, l'élocution même quelquefois est moins facile, et l'intelligence elle-même paraît parfois offrir un état d'incertitude. Mais, je le répète, ce n'est que dans des circonstances très-rares que l'on observe les tristes conséquences d'un pareil délire.

Ce n'est pas seulement chez les blessés qu'on voit survenir ce délire accompagné d'une gaieté exagérée, caractère particulier dont il est impossible de rendre compte; mais on voit assez souvent ce délire se manifester chez les femmes récemment accouchées. Parmi plusieurs observations de ce genre qui se sont présentées à mon examen, je citerai l'exemple d'une femme de trente ans qui, le lendemain de son quatrième accouchement, présentait non-seulement cet état de gaieté exagérée dont nous parlions plus haut, mais encore un demi état de mutisme qui donnait et devait donner à sa famille les plus grandes inquiétudes.

Cette dame, âgée de 30 ans, d'un tempérament essentiellement sanguin, était accouchée de trois enfants à plusieurs années d'intervalle. Ces couches avaient été toutes heureuses; elle avait nourri elle-même ses trois enfants, et malgré les fatigues attachées à de pareilles fonctions, elle n'avait jamais éprouvé la moindre altération dans sa santé. Pendant sa quatrième grossesse, comme elle éprouvait des symptômes de pléthore sanguine, elle fut saignée deux fois, savoir à quatre mois et demi et à sept mois. Elle arriva ainsi à la fin du neuvième mois, sans éprouver aucun accident. A cette époque, le travail de l'accouchement s'annonça d'une manière favorable; il se termina très-heureusement dans l'espace de six heures, et tout annonçait des suites de couches aussi heureuses que possible. Point de douleur de tête ; point de douleur dans la poitrine; aucun symptôme inquiétant du côté du ventre. La peau conservait sa chaleur normale ; le pouls, assez régulier, était cependant un peu petit, serré, et par conséquent un peu nerveux;

du reste, l'utérus, revenu sur lui-même, présentait toutes les conditions qui peuvent tranquilliser l'accoucheur après un pareil travail : l'accouchement était terminé à six heures du soir. La nuit fut assez calme, la malade dormit d'un sommeil paisible; aucune rêvasserie, aucun réveil en sursaut, aucune de ces paroles entrecoupées qui annoncent que le cerveau est disposé à un état d'exaltation. Le lendemain matin, l'accouchée présentait un état satisfaisant; l'utérus laissait échapper quelques caillots de sang, mais cet écoulement sanguin est une suite inévitable de ce travail; il dura trois jours, et fut, à cette époque, remplacé par un écoulement blanchâtre tantôt pur, tantôt mêlé d'un peu de sang : cet écoulement connu sous le nom de lochies, persévéra jusqu'au neuvième jour.

L'enfant fut mis au sein quinze heures après sa naissance; et, comme il trouvait peu de nourriture dans le liquide qu'il suçait, on lui donna un peu de lait coupé et sucré jusqu'au troisième jour, où, la révolution laiteuse étant effectuée, cet enfant trouva un lait assez abondant pour satisfaire à ses besoins. Aussitôt que cette révolution laiteuse se fut terminée, la malade présenta des symptômes singuliers, bizarres, pénibles : ainsi, elle riait presque constamment aux éclats quand on entrait dans sa chambre; ses rires redoublaient avec une nouvelle vivacité, quand on lui adressait des questions auxquelles elle ne répondait que d'une manière incomplète et souvent inintelligible. Remarquons, toutefois, que sa prononciation était difficile, incomplète, et que ses réponses, qui étaient bizarres, pour ne pas dire ridicules, renouvelaient chez elle ses accès d'un rire bruyant et interminable, qui affligeait profondément toutes les personnes qui étaient témoins d'un pareil désordre intellectuel. Cet état persévéra du quatrième au quinzième jour, et pourtant la malade continuait d'allaiter son enfant, et prenait un peu de nourriture. Ses digestions étaient faciles, ses évacuations alvines régulières, en un mot, toutes les fonctions physiques s'exécutaient comme à l'état normal. Les fonctions intellectuelles seules présentaient cet état de désordre que nous signalions quelques lignes plus haut; désordre dont il est impossible d'expliquer la cause, car aucune affection morale ne pouvait agir sur cette malade qui n'avait rien à désirer sous tous les rapports.

Pendant toute la durée de sa grossesse, rien n'avait troublé sa santé, sa tranquillité, son existence. L'utérus pendant la grossesse, pendant l'accouchement, après l'accouchement, avait constamment conservé l'état normal qui appartient à ses diverses conditions. Il n'avait donc point exercé d'influence fâcheuse sur l'organe cérébral, pourtant il est évident que le cerveau était ici le siége des différents symptômes qui se sont manifestés successivement et ont persévéré jusqu'au quinzième jour; c'est à cette époque seulement qu'ils ont commencé à diminuer et cette diminution faisant chaque jour de nouveaux progrès, la malade récupéra la plénitude de ses fonctions intellectuelles, le trentième jour environ après son accouchement.

Nous voyons ici un délire accompagné d'une gaieté presque folle se terminer par une guérison complète, maladie qui n'a jamais eu de récidive, quoique cette malade ait, depuis cette époque, mis au monde deux enfants bien constitués, bien portants, et qui sont aujourd'hui jouissants tous deux de la plus belle santé.

Nous allons voir dans l'observation suivante des phénomènes entièrement opposés à ceux que nous venons d'examiner, et nous verrons quelles ont été les suites de ces mêmes phénomènes dont nous tâcherons d'expliquer la cause, la marche et les conséquences.

Une femme âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, grosse de neuf mois, accoucha heureusement d'un garçon bien conformé. Le travail avait duré huit heures, avait été assez douloureux, mais se termina pourtant en laissant à la malade assez de forces pour espérer que sa convalescence serait heureuse. L'accouchement s'était terminé à midi, et à ce moment la femme présentait un état aussi satisfaisant que possible; elle fut mise à l'usage des boissons adoucissantes et calmantes, et entourée des soins les plus assidus. Le soir elle se plaignit d'une douleur de tête assez vive occupant le côté gauche du crâne; une potion légèrement calmante fut prescrite et administrée par cuillerée à bouche, de deux heures en deux heures. La nuit, madame B*** eut un sommeil très-agité; le lendemain matin elle paraissait très-fatiguée, et de plus plongée dans un état de tristesse profonde; elle faisait des réponses peu lucides aux questions qui lui étaient adressées, et ces mêmes réponses furent bientôt changées en délire manifesté par des plaintes, par des cris, par des gémissements, et même par des vociférations dont il était impossible d'expliquer la cause. On voyait aussi de grosses larmes rouler entre ses paupières; tout en elle annonçait une tristesse profonde; elle buvait difficilement, refusait opiniâtrément le bouillon; mais, toute souffrante qu'elle était, elle repoussait les soins qu'on lui prodiguait depuis le moment de son accouchement. Il était difficile de deviner la source d'une pareille complication, et à cause des antécédents qui avaient toujours été heureux, et à cause du travail de l'accouchement qui n'avait pas déterminé des douleurs excessives. Mais le lendemain le délire fut beaucoup plus prononcé que la veille; une agitation, une loquacité infatigable, des efforts continus pour s'échapper de son lit et à la surveillance de la garde, caractérisait essentiellement ce délire, qui devait être extrêmement fatigant pour la malade; elle refusait d'ailleurs les boissons et les bouillons qui lui étaient présentés; il était impos-

sible d'obtenir une réponse un peu claire, un peu précise, en un mot, tout annonçait que le cerveau était gravement compromis; pourtant le pouls n'était pas très-fort, ses battements étaient assez réguliers; la peau n'était pas chaude, mais le facies présentait une sorte de stupeur pénible à voir. On appliqua de suite huit sangsues derrière chaque oreille; ne pouvant point employer des bains de pieds sinapisés, on eut recours à l'emploi des cataplasmes aux pieds et aux jambes, cataplasmes auxquels on ajouta un peu de vinaigre et une certaine quantité de poudre de moutarde, et qui furent changés trois fois le jour. On eut soin d'ailleurs d'ouvrir souvent les fenêtres de la chambre pour donner à l'air ambiant cette fraîcheur si désirable dans de pareilles circonstances.

Rien ne put arrêter les progrès de ce délire, et la malade succomba le cinquième jour après les accès convulsifs qui durèrent sans interruption pendant plus de six heures. Ainsi se trouve confirmée l'observation d'Hippocrate, qui dit que dans le délire l'expression de la gaieté est beaucoup moins redoutable que l'expression de la tristesse ou du chagrin. Je pourrais multiplier ici les exemples plus ou moins analogues à ceux que je viens de citer; mais ces répétitions ne seraient pas plus probantes que les observations dont j'ai rapporté les détails, et par conséquent elles seraient inutiles. Toutefois je dirai seulement comme mémoire que chez deux enfants du sexe masculin, de sept à huit ans, qui tous deux avaient fait une chute sur un des points du crâne, du quatrième au cinquième jour, il se manifesta un délire accompagné de gaieté, de chant, de cris de joie, qui persévéra jusqu'au neuvième jour, époque à laquelle tout rentra dans l'ordre; la convalescence s'établit, et il ne resta aucune trace d'un accident dont le pronostic était si fâcheux et si alarmant pour la famille. Dans les hôpitaux, l'on voit aussi souvent se confirmer l'exactitude de l'aphorisme précité, et il n'est pas un praticien attaché à ces grands établissements qui n'en ait rencontré souvent de nombreux exemples.

54. Dans les maladies aiguës avec fièvre, la respiration plaintive est un très-mauvais signe.

54. Dans les plaies de tête, de poitrine ou de l'abdomen, quelquefois même dans les larges plaies qui occupent les membres abdominaux, les malades éprouvent souvent une difficulté de respirer très-pénible : cette difficulté appartient surtout, dans ces diverses circonstances, à la contusion de la poitrine : car, dans une chute, par exemple, l'étendue de cette cavité échappe rarement à une commotion inséparable de cette même chute; dans ce cas, la plèvre, le poumon, le péricarde, le cœur, ont pu participer, ont même dû participer à cette commotion. Dans ce cas, la respiration est difficile, pénible, plaintive même comme celle dont parle l'aphorisme, et cette difficulté s'explique aisément par une ou plusieurs lésions des organes contenus dans la cavité thorachique. Rien n'est plus grave que de pareilles lésions, et par conséquent il n'est pas étonnant que le blessé se plaigne, quand il peut parler toutefois, de douleurs vives dans les régions ou au voisinage des régions soumises à la percussion; et quand il succomberait à la suite de ces accidents, on ne devrait pas en être étonné; car à l'avance on aurait pu prédire une pareille terminaison.

D'autres fois c'est à la suite des contusions ou des plaies du crâne que la respiration est difficile et même plaintive; aussi, après avoir examiné les résultats de la percussion du crâne, après avoir établi l'état exact des lésions de ces régions, soit sous le rapport du cuir chevelu, soit sous le rapport des os du crâne, après avoir combattu par tous les moyens que l'art indique les différents degrés de lésion de cette région, si la respiration plaintive continue, le pronostic sera extrêmement fâcheux, et probablement le malade succombera dans l'espace de quelques jours.

Dans les contusions ou les plaies de l'abdomen, quelle que soit la région occupée par ces lésions, l'intensité des douleurs éprouvées par le malade détermine une anxiété telle qu'elle s'exprime par des plaintes, par des cris, et toujours accompagnée d'une respiration difficile; et il ne faut pas croire que parce qu'on aperçoit sur les parois de l'abdomen une contusion assez forte, on peut *à priori* décider que l'organe blessé est immédiatement recouvert par cette contusion. Il en est de l'abdomen presque comme du crâne, les percussions portées sur l'hypochondre gauche peuvent réagir sur l'hypochondre droit, *et vice versâ*. Nous avons ici des lésions par contre-coup, lésions qui peuvent offrir des modifications dans les différentes régions de la cavité abdominale.

Toutefois, il ne faut pas oublier que cet état plaintif chez les blessés appartient souvent à leur état moral, à un état de faiblesse, de découragement, ou de pusillanimité; c'est un fait que les chirurgiens militaires ont été souvent à même de constater. Ainsi, à la suite des batailles, les blessés vaincus et les blessés vainqueurs étaient tous placés dans les mêmes hôpitaux, ils n'avaient plus alors d'ennemis, et les blessés quels que fussent les uniformes, recevaient les mêmes soins, les mêmes secours. *Res est sacra, miser.*

C'est surtout à l'armée que cette maxime, qui devrait être universelle, était mise en pratique : Français et Autrichiens étaient couchés pêle-mêle dans les mêmes salles de nos hôpitaux militaires. Il était facile au chirurgien de garde, chargé de surveiller les salles pendant la nuit, de distinguer les blessés des deux nations.

Le Français, calme, résigné, supportait ses douleurs avec patience souvent, quelquefois avec une impatience excessive; mais il ne faisait pas en-

tendre tous ces cris plaintifs, tous ces gémissements prolongés qui faisaient reconnaître le blessé autrichien; ainsi, le plus souvent, le caractère particulier de l'expression de la douleur appartient bien plus à la force morale du blessé qu'à son énergie physique; car il n'est personne qui puisse refuser au soldat autrichien la force physique, la force matérielle; et si les armées françaises ont remporté tant d'avantages sur les armées de cette nation, leurs succès ont été surtout le résultat de leur supériorité morale sur celle de leurs ennemis.

Cette respiration plaintive, toutefois, et d'après ce que nous venons de dire, n'est pas toujours aussi fâcheuse, aussi inquiétante que l'aphorisme précité voudrait le faire croire.

57. On devient sujet à l'apoplexie, surtout depuis l'âge de quarante ans jusqu'à soixante.

57. L'apoplexie se manifeste quelquefois chez les blessés de tous les âges, ou plutôt elle présente des symptômes qui peuvent en imposer pour un état apoplectique; ainsi la perte du sentiment et du mouvement est quelquefois le produit d'une insolation exagérée; elle est souvent le résultat d'une percussion violente du crâne; elle est souvent le produit d'une fracture des os du crâne avec enfoncement, car cette fracture peut exister sans changements de couleur à la peau, sans qu'aucun signe puisse donner le moindre indice sur l'existence de cette fracture.

Un homme de vingt-deux ans fut apporté à l'hôpital Cochin vers les sept heures du soir avec une plaie assez large à la face, plaie qui avait fourni une grande quantité de sang. Ce blessé avait perdu totalement le sentiment et le mouvement. Le pouls était dur, résistant, et aussitôt que la plaie fut pansée, une large saignée fut pratiquée; des boissons délayantes administrées; un lavement émollient fut prescrit matin et soir et le malade mis à une diète absolue; d'ailleurs il ne faisait entendre aucun cri, aucune plainte; la respiration était seulement un peu difficile; mais il était plongé dans une espèce de coma profond. La nuit avait été très-calme. A la visite du matin, à l'inspection de ces symptômes et d'après les renseignements qu'on me donna sur les antécédents, je fus bientôt convaincu que la plaie du visage, qui pouvait avoir trois pouces d'étendue, n'était pas la cause qui pouvait produire des symptômes aussi graves; j'examinai le cuir chevelu, qui me parut intact; ainsi à l'œil il me fut impossible de soupçonner une lésion; car il n'existait pas la plus légère ecchymose, pas une seule écorchure du cuir chevelu; mais en interrogeant avec les doigts la voûte épicrânienne, je rencontrai à la partie moyenne du pariétal droit des inégalités, d'une part plusieurs saillies, de l'autre une dépression, et il me fut alors facile de reconnaître une fracture avec enfoncement de la région précitée, enfoncement qui me parut la cause de tout le désordre. Aussi je n'hésitai pas à faire raser le blessé dans la large étendue du cuir chevelu qui recouvrait le siége de la lésion. Aussitôt que cette opération préparatoire fut terminée, je pratiquai une incision cruciale, et je mis à découvert toute l'étendue de la fracture; après avoir enlevé le péricrâne à l'aide de la rugine, j'appliquai une couronne de trépan sur la portion qui était déprimée. Aussitôt que l'ablation de ce fragment osseux eut été obtenue, j'examinai la dure-mère qui n'offrait rien de remarquable, puisqu'elle était appliquée immédiatement sur le cerveau.

Presque à l'instant même le blessé reprit l'usage du sentiment; il n'entendait pas encore très-bien le sens des paroles qu'on lui adressait, aussi je recommendai de ne point l'exciter à parler, et je prescrivis impérieusement qu'on éloignât de lui toutes les causes qui pouvaient troubler le calme dont il avait un si grand besoin.

Un pansement méthodique fut à l'instant employé; ce pansement fut continué pendant les deux mois que le malade resta à l'hôpital. Quelques jours après son opération le malade sortit comme d'un sommeil profond, récupéra successivement toutes ses facultés, et fut dès lors soumis à une alimentation légère qui fut progressivement augmentée jusqu'au rétablissement complet de ses forces; le malade sortit guéri après deux mois de séjour dans cet hôpital.

Souvent cet état apoplectique est déterminé par suite de la fracture des os de la base du crâne; dans ce cas, les symptômes sont d'autant plus graves, qu'on ne peut pas apprécier la cause qui les a produites, et quand on les connaîtrait, le blessé serait voué à une mort inévitable.

Nous voyons donc que l'apoplexie, dans ce cas, ne connaît pas d'âge, et que l'enfant, l'adulte et le vieillard, peuvent chaque jour présenter des phénomènes qui la produisent ou qui la simulent.

N'oublions jamais que dans de pareilles circonstances le pronostic est toujours très-fâcheux, et si quelques blessés échappent au danger qui les menace, un beaucoup plus grand nombre succombe dans l'espace de cinq ou six jours au plus.

58. Si l'épiploon tombe au dehors, nécessairement la mortification s'en empare.

58. Lorsqu'à la suite des plaies pénétrantes de l'abdomen, ou par suite du débridement de l'anneau inguinal, de l'arcade crurale, de l'anneau ombilical, pour l'étranglement des hernies dont le siége occupe ces trois régions, une partie de l'épiploon s'échappe à travers les lèvres de la plaie, la première indication est de tenter sa réduction; mais lorsque les efforts de l'opérateur sont inutiles et que cette portion épiploïque reste

au dehors fixée par les adhérences qu'il a contractées avec les bords de la plaie résultant de l'opération, elle subit bientôt une décomposition putride, et après un certain laps de temps cette portion se trouve séparée, puis détachée de son point d'insertion, comme une escarre gangréneuse se sépare des parties molles ; et dans le premier cas, comme dans le deuxième, la marche de la nature est invariable, les efforts sont les mêmes, et ils doivent l'être puisqu'ils doivent arriver, dans les deux circonstances, au même résultat.

Il se présente ici une question qui me paraît offrir un grand intérêt. Dans la hernie entéro-épiploïque, ou, comme on le dit vulgairement, dans l'entéro-épiplocèle, la présence de l'épiploon au milieu de cette tumeur présente-t-elle de grands avantages? Je répondrai par l'affirmative : car, quand la hernie est seulement intestinale, la constriction produite par l'anneau ou l'arcade crurale agit uniquement sur les tuniques de l'intestin. Cette constriction présente trois degrés différents; ou bien les tuniques, pressées d'avant en arrière, sont seulement comprimées et présentent alors ce qu'on doit appeler un premier degré d'étranglement. Dans la seconde espèce, cette compression est exercée sur les quatre points opposés des tuniques intestinales, alors c'est une constriction plus ou moins forte, deuxième degré d'étranglement. Dans la troisième espèce, la compression agit avec une telle énergie sur la circonférence de l'anse intestinale, qu'elle forme une espèce de resserrement ou de collet qu'on pourrait comparer à la tige qui soutient le développement d'un champignon. Ce troisième degré constitue le caractère essentiel de la hernie étranglée, hernie irréductible qui doit être respectée comme une chose sacrée, car si, dans cette troisième espèce, on voulait pratiquer le taxis avec violence, on déterminerait très-promptement la gangrène ou la rupture de l'intestin, par conséquent la mort du blessé.

Il y a deux mois, un blessé fut apporté à la salle Saint-Augustin, et placé au n° 17 de cette salle. Ce malade offrait tous les caractères d'une bonne santé. Une hernie inguinale gauche qu'il portait depuis dix-huit ans (cet homme pouvait en avoir quarante-cinq), une hernie, dis-je, qu'il réduisait jusqu'alors à volonté, s'était échappée la veille avec violence, était devenue irréductible, et présentait les caractères de l'étranglement; mais des efforts multipliés et répétés avec une force prodigieuse avaient produit de tels désordres, que, quoique la hernie ne fût étranglée que depuis vingt-trois heures, l'opération mit à découvert une anse intestinale volumineuse, et déjà frappée de gangrène dans plusieurs points de son étendue, tandis que très-souvent une hernie étranglée peut présenter des chances de succès trois, quatre, et même cinq jours après l'étranglement, quand on a pratiqué le taxis avec tous les ménagements qui sont indispensables dans une circonstance aussi grave. Et un fait qui vient à l'appui de ce principe, est l'histoire d'un homme de soixante-sept ans qui, vomissant les matières stercorales depuis cinq jours, fut opéré avec succès, quoique l'étranglement portât sur les tuniques intestinales qui n'étaient pas protégées par la présence de l'épiploon; car cette membrane graisseuse, quand elle existe dans une tumeur herniaire avec une anse intestinale, offre à la constriction exercée par l'anneau et par l'arcade crurale, une espèce de bouclier qui recouvre en très-grande partie l'intestin, et diminue, pour celui-ci, l'influence de l'action et des efforts de l'étranglement. Il est presque toujours placé à la partie supérieure ; il s'étend comme une espèce de réseau sur l'anse intestinale, et semble destiné de cette manière a conserver autant que possible l'intégrité de la portion intestinale étranglée. Aussi l'incision pratiquée dans l'opération de la hernie étranglée laisse-t-elle apercevoir presque toujours après l'ouverture du sac herniaire cette membrane blanchâtre, quelquefois rougeâtre, qu'on est obligé de soulever pour découvrir l'intestin.

Aussitôt que le débridement de l'arcade ou de l'anneau est terminé, la réduction de l'intestin est facilement obtenue, et ce n'est qu'après cette réduction qu'on procède à la rentrée de l'épiploon qui quelquefois est possible, mais qui, dans beaucoup de circonstances, a contracté des adhérences avec les aponévroses qui causaient l'étranglement, et devient irréductible par suite de ces mêmes adhérences. Cette portion épiploïque se désorganise, se putréfie, est séparée à l'instar des escarres gangréneuses, et la plaie, après cette chute, marche vers une guérison prompte, sûre et durable.

Après cette terminaison heureuse, les hernies inguinales ou crurales deviennent plus difficiles à produire; car, comme nous le disions plus haut, l'épiploon a contracté des adhérences avec les bords des ouvertures qui livrent passage aux hernies ; il en rétrécit jusqu'à un certain point le diamètre. Cet heureux résultat est extrêmement favorable au blessé, puisqu'il diminue les chances des productions herniaires, et par conséquent leur étranglement.

59. Après plusieurs attaques de sciatique chronique, lorsque la tête du fémur sort de sa cavité et y rentre alternativement; il survient un amas de glaires.

59. La douleur dite sciatique produite par l'inflammation du tissu cellulaire qui accompagne le trajet des nerfs sciatiques, ne peut produire la sortie de la tête du fémur de la cavité cotyloïde, et lorsque ce fait a lieu, ce n'est qu'à cause d'un état pathologique des surfaces articulaires. Cette longue maladie, accompagnée de douleurs continues dans la région coxo-fémorale, peut en avoir im-

posé par une douleur sciatique ; mais, pour peu qu'on veuille appliquer son intelligence, sa raison, son expérience, à l'examen de cette affection, on verra qu'il est impossible qu'une telle luxation ait lieu sous l'influence d'une inflammation dont le siége est superficiel, et pour ainsi dire sous-cutané; car il occupe le tissu cellulaire qui environne le nerf sciatique, et par conséquent se trouve situé très-loin du centre de l'articulation coxo-fémorale. Cette luxation n'est donc ou ne peut être que le résultat d'un gonflement des surfaces articulaires, qui, en diminuant la capacité de la cavité cotyloïde d'une part, et augmentant, d'autre part, le volume de la tête du fémur, établit de nécessité un écartement entre les surfaces articulaires, en sorte que la tête du fémur, abandonnant la profondeur de la cavité, produit l'allongement du membre; les malléoles rapprochées ont perdu leur niveau ; cet allongement fait des progrès chaque jour, progrès faciles à apprécier, et qui vont toujours croissant jusqu'à ce que la tête soit arrivée sur le bord de la cavité cotyloïde, époque à laquelle l'allongement est arrivé à son maximum; mais bientôt la tête est reportée dans la fosse iliaque externe, et, dès ce moment, le raccourcissement du membre a lieu d'une manière très-brusque et très-remarquable. Tels sont les phénomènes qui se succèdent dans la luxation symptomatique de l'articulation coxo-fémorale ; je dis symptomatique, parce qu'elle est le résultat de l'état pathologique de la cavité cotyloïde et de la tête du fémur.

Cette affection marche toujours très-lentement; elle est souvent accompagnée d'abcès plus ou moins nombreux, et toujours suivie de l'émaciation du membre abdominal qui a subi un pareil déplacement.

La luxation symptomatique de l'articulation coxo-fémorale n'est cependant pas toujours produite par le gonflement simultané des cartilages articulaires qui tapissent la cavité cotyloïde, ou qui enveloppent la tête du fémur; on observe assez souvent le phénomène contraire, c'est-à-dire que la carie des surfaces articulaires et surtout de la tête du fémur en opère peu à peu la destruction, et, dans ce cas, le membre abdominal du côté malade, au lieu de s'allonger, comme dans la première supposition, subit un raccourcissement peu sensible, qui ne se manifeste d'une manière bien évidente que quand la tête du fémur, détruite par les progrès de la carie, est entraînée par les puissances musculeuses dans la fosse iliaque externe. Ici, comme dans la circonstance déjà indiquée plus haut, des points phlegmoneux autour de l'articulation, des abcès ouverts par l'art ou la nature, livrent passage à une suppuration de mauvaise nature, et le malade guérit après de longues années de souffrance avec une claudication très-pénible, et qui le met dans l'impossibilité de se livrer sans fatigue au plus léger exercice. Il est presque inutile de répéter ici que ces divers états pathologiques se manifestent surtout chez de jeunes sujets, et particulièrement chez des sujets scrofuleux. On peut dire, malheureusement, qu'un très-grand nombre de ces malades succombent après de longues années de souffrances.

60. Lorsqu'à la suite de longues attaques de goutte sciatique, la tête du fémur reste hors de sa cavité, la jambe se dessèche, et la claudication a lieu, à moins qu'on ne cautérise.

60. Nous avons déjà dit qu'il nous était impossible d'admettre la production de la luxation coxo-fémorale par la seule puissance du rhumatisme aigu ou chronique, suivant le trajet du nerf sciatique. Nous ne reviendrons donc point sur ce principe qui nous paraît prouvé mathématiquement. Quant à l'application du cautère pour le traitement d'une luxation coxo-fémorale déterminée par une cause quelconque, nous ne voyons pas quel avantage on retirerait de ce traitement dans une pareille lésion. Sans doute, dans la luxation coxo-fémorale non réduite, comme dans toutes les luxations qui présentent une résistance invincible, l'émaciation du membre est inévitable, et cette émaciation dépend de l'immobilité à laquelle est condamné un membre dont les surfaces articulaires ont perdu leurs rapports ; la circulation est moins active, la nutrition par conséquent moins énergique ; la peau seule conserve son état normal ; le tissu cellulaire sous-cutané, les aponévroses, les muscles eux-mêmes, diminuent, s'atrophient, et pourtant le blessé n'éprouve aucune douleur ; mais cet amaigrissement est la conséquence inévitable de la non-réduction. Que pourrait l'application du cautère dans de telles circonstances pour remédier à de pareils accidents? Plus on en multipliera l'application, plus on produira de douleurs inutiles, douleurs qui, chez quelques sujets, pourront déterminer des accidents plus ou moins graves, souvent des fièvres d'un mauvais caractère, peut-être des douleurs nerveuses tellement exaspérées qu'elles pourraient parvenir jusqu'au tétanos. Voudrait-on, à la suite de ces applications de cautères, provoquer une suppuration plus ou moins abondante? Mais à quoi bon ajouter à l'état de faiblesse des malades, quand déjà ils ont dû éprouver de longues souffrances, quand déjà ils sont affaiblis par l'impossibilité de faire aucune espèce d'exercice, et par conséquent dans l'impossibilité de supporter sans danger des pertes continues qui seraient le résultat inévitable de cette suppuration prolongée? Ainsi, nous proscrirons constamment l'emploi des cautères, quand il existera depuis longtemps une luxation fémorale non réduite, et dont l'irréductibilité aura été bien constatée.

Dans les luxations scapulo-humérales, dans les luxations huméro-brachiales, et dans les luxations

du pied dont l'irréductibilité sera démontré jusqu'à l'évidence, nous proscrirons de même l'usage des cautères; toutefois il ne faut pas trop se presser de prononcer sur l'impossibilité de la réduction des luxations; car on a vu, dans cette circonstance, des réductions obtenues très-longtemps après que ces luxations avaient été produites, et chez des sujets qui avaient résisté aux tentatives de réductions les plus rationnelles et les plus méthodiques.

—

SECTION SEPTIÈME.

1. Dans les maladies aiguës, le refroidissement des extrémités est un très-mauvais signe.

1. Chez les blessés dont les plaies sont graves, et qui ont été accompagnées d'une lésion profonde, d'un ou de plusieurs organes contenus dans les cavités splanchniques, mais particulièrement des organes contenus dans la cavité du crâne, lorsque les extrémités deviennent froides, le danger du malade s'annonce promptement : le pouls est petit, serré, la face pâle; la respiration est difficile. Quand le malade échappe au développement de pareils accidents, c'est parce que la chaleur se rétablit successivement, quoique lentement, dans les membres, soit thorachiques, soit abdominaux; c'est parce qu'il existe une réaction assez forte pour combattre ces premiers symptômes. D'autres fois le refroidissement des extrémités appartient à un état nerveux, qui se trouve accompagné d'une espèce de frisson, d'un tremblement général qui se termine par une sueur plus ou moins abondante.

Mais malheureusement, le froid des extrémités appartient le plus souvent à une cause située profondément dans les cavités splanchniques. Il est dû presque toujours à une hémorrhagie interne, hémorrhagie pulmonaire, hémorrhagie abdominale; souvent à une hémorrhagie utérine dans les accouchements, et quelquefois, surtout chez les vieillards, à une hémorrhagie de vessie. A l'autopsie cadavérique, quand on rencontre ces hémorrhagies internes, on se rend aisément compte des phénomènes qui ont précédé la mort; on se rend surtout facilement compte du froid qui occupait les membres thorachiques ou abdominaux; car la circulation artérielle diminuée, suspendue et arrêtée dans ces mêmes membres, fait cesser promptement la chaleur dont elle porte les éléments et l'influence jusque dans les dernières ramifications artérielles, lorsque aucun obstacle ne s'oppose à sa marche ordinaire, et lorsque l'irrigation dont elle est chargée n'a pas été interrompue.

Ce résultat, si vrai, si positif, si constant, produit à l'instant même par suite d'une hémorrhagie interne abondante, s'observe d'une manière aussi claire, quoique beaucoup plus lente, quand un obstacle local suspend la circulation artérielle. Ainsi, on a vu assez souvent dans le traitement des fractures de l'humérus, un bandage trop serré suspendre la circulation artérielle et produire un froid très-remarquable dans les doigts de la main placés au-dessous de la fracture. Pour peu que la compression soit continuée, non-seulement le froid va toujours en augmentant, mais la gangrène survient bientôt, et dans ce cas, malheureusement trop fréquent, on a été obligé de recourir à l'amputation. Ces accidents auraient été et seront toujours prévenus, si on veut se rappeler que pour le traitement des fractures, sans en excepter aucune, le bandage doit être suffisamment serré pour tenir les fragments en rapport pendant les dix premiers jours; car pendant ce temps le gonflement du membre malade étant inévitablement la suite de la contusion, de la percussion ou de la chute qui a déterminé la fracture, il faut permettre à ce gonflement de suivre sa marche ordinaire, marche invariable et observée tous les jours dans la pratique, et ce n'est que du neuvième au onzième jour que la constriction doit être plus exacte; 1° parce qu'à cette époque le temps du gonflement ou de la tuméfaction du membre est terminé; 2° parce qu'à cette époque aussi le travail du cal commence à présenter les éléments de consolidation dont il faut profiter pour mettre les fragments dans un rapport aussi exact que possible, afin d'obtenir leur consolidation dans l'espace de temps que la nature emploie le plus ordinairement dans ces sortes d'opérations. Je dis le plus ordinairement, parce qu'il faut toujours à peu près le même espace de temps pour la consolidation des os d'un même volume, quand ils présentent toutefois les mêmes conditions dans leur état pathologique; et s'il existe des exceptions à cette règle générale, elles ne peuvent être attribuées qu'à la constitution viciée de certains sujets, et ne peuvent par conséquent infirmer le principe établi dans les lignes tracées plus haut.

Quand une atmosphère glaciale produit le froid des extrémités, c'est toujours en arrêtant la circulation qui doit porter la chaleur et la vie à ces mêmes extrémités, et quand l'action de cette atmosphère est prolongée, on voit souvent les doigts, les orteils, les mains et les pieds frappés de gangrène; mais cette action est rapide, et son résultat est mis promptement en évidence; dans ce cas encore, on est souvent obligé d'avoir recours à l'ablation des parties qui ont été désorganisées par l'action prolongée de cette même atmosphère. D'autres fois, le froid des extrémités, et surtout le froid des membres abdominaux, est le résultat de la suspension de la circulation artérielle produite par une altération des tuniques d'une ou de plusieurs artères. Cette affection s'annonce d'abord par une espèce de sensation, de picotement,

vulgairement connu sous le nom de *fourmillement*, dont le siége est à l'extrémité des orteils ; dans ce cas, il existe toujours de la chaleur ; mais plus tard cette chaleur non-seulement diminue, mais elle disparaît tout à fait pour faire place à une sensation pénible de froid qui non-seulement persiste invariablement, mais qui va toujours croissant jusqu'à la désorganisation complète d'un ou de plusieurs orteils, quelquefois du pied, quelquefois, mais beaucoup plus rarement, de la jambe. Cette désorganisation est annoncée par la couleur livide, noirâtre de la peau, qui présente tous les caractères de la gangrène, et qui est d'autant plus redoutable, qu'elle offre plus d'étendue. Cette gangrène, connue sous le nom de symptomatique, appartient à une cause plus ou moins éloignée de son siége, elle appartient à l'ossification d'une ou des tuniques, d'une ou de plusieurs artères, ossification qui met ces artères dans l'impossibilité d'exécuter les mouvements de systole et de diastole, qui seuls peuvent favoriser l'arrivée du sang jusqu'aux dernières ramifications des extrémités artérielles. Cette ossification est une véritable désorganisation, et toutes les maladies organiques, quelles qu'elles soient, sont au-dessus de toutes les ressources qui sont à la disposition de la médecine et même de la chirurgie ; c'est dans ce dernier cas surtout que le froid des extrémités inférieures et des membres abdominaux est très-redoutable, et qu'il est suivi des désordres les plus graves, puisqu'il est souvent terminé par une désorganisation telle, que l'amputation du membre en est la conséquence inévitable.

Toutefois l'amputation ne doit être pratiquée que quand la gangrène est bornée, et quand la nature a tracé la ligne de démarcation destinée à indiquer, pour ainsi dire, le point où l'amputation doit être pratiquée. Si le chirurgien n'attendait pas cette indication précise pour profiter de l'instant favorable à l'opération, il commettrait une faute grave, pour ne pas dire plus. Si la gangrène se bornait à envahir une ou plusieurs phalanges, il faudrait encore, dans cette circonstance comme dans la première, attendre cette ligne rouge qui est située au-dessus de la gangrène, parce que cette ligne est une preuve que sur ce point la nature a conservé toute son énergie, et qu'elle travaillera avec succès à la guérison des plaies qui seront le résultat de l'ablation des phalanges.

2. Des chairs livides sur un os malade, c'est un mauvais signe.

2. Par le mot sphacèle on entend la mort complète de la partie qui en est frappée, et on observe surtout cette affection très-grave dans les membres thorachiques ou abdominaux. Dans ce cas, la vie de tous les tissus est détruite ; la peau devient bientôt livide, noirâtre, d'une fétidité très-prononcée. Le tissu cellulaire sous-cutané, les aponévroses, les muscles, sont rapidement entraînés dans la mortification générale, et les os qui sont plongés au milieu de tout ce putrilage désorganisé sont bientôt le siége d'une nécrose étendue, en raison des progrès et des dimensions du sphacèle. Dans ce cas, le praticien doit suivre une marche variée, en raison de la cause qui a produit la maladie. Quand cette cause est externe, quand un écrasement complet du membre a produit le désordre, on peut et on doit procéder de suite à l'amputation du membre au-dessus de la partie sphacélée, et le chirurgien jugera aisément, d'après la nature des accidents, le siége où il doit pratiquer l'opération. Il n'oubliera pas surtout qu'il est indispensable de conserver une assez grande quantité de parties molles pour recouvrir le moignon.

Dans la circonstance, au contraire, où, sans cause externe, une maladie d'une aussi haute gravité se manifesterait sur un des membres, quand on doit attribuer la maladie à une cause interne agissant profondément et d'une manière évidente, il faudra attendre que la nature ait tracé une ligne de démarcation entre le mort et le vif ; et c'est alors seulement qu'on pourra pratiquer l'opération avec quelque chance de succès. Mais dans cette seconde supposition le résultat de l'opération sera toujours plus incertain que dans le cas précédent, c'est-à-dire quand le sphacèle est déterminé par une cause externe.

Tous les jours, dans les hôpitaux, on rencontre de nombreux exemples de cette affection déterminée, soit par cause externe, soit par cause interne. On voit fréquemment des productions brunâtres, noirâtres, se développer sur différents points à la suite d'une cause qui paraît légère. Ainsi, nous avons vu, à la Charité, une femme de soixante-quatorze ans, habitant la campagne, ayant pour toute occupation l'habitude de ramasser du bois mort dans les forêts. Cette femme, d'un tempérament sanguin, d'une très-bonne constitution, entra à l'hôpital pour y être traitée d'une affection chirurgicale très-grave au poignet droit. Elle nous a dit que trois mois avant elle s'était piquée à la paume de la main avec une épine qui se trouvait dans le bois qu'elle ramassait. Traitée, d'après sa narration, chez elle, pas les bains, les cataplasmes émollients, les pommades rafraîchissantes ; au lieu d'obtenir de l'amélioration dans son état, la main et le poignet étaient très-tuméfiés, et quand elle se présenta à notre examen, nous remarquâmes plusieurs productions fongueuses, noirâtres, recouvrant le carpe à ses faces palmaire et dorsale ; les os de cette région étaient ramollis, tous les tissus engorgés, désorganisés pour ainsi dire ; la suppuration qui s'échappait des différentes ouvertures que présentait la tuméfaction, offrait des caractères cancéreux, ou au moins cancériformes. La malade présentait tous les caractères d'une constitution forte, vigoureuse ;

mais elle avait 74 ans, et fallait-il à cet âge tenter les hasards d'une opération aussi grave que l'amputation? Puisqu'elle était vouée à une mort certaine en abandonnant le mal aux progrès qu'il aurait faits nécessairement, et comme on ne voyait rien dans son *facies* qui pût nous faire croire à une ediathèse cancéreuse générale, je lui proposai l'amputation, qu'elle accepta. Cette amputation fut pratiquée à trois pouces au-dessus de la tumeur : la malade perdit très-peu de sang pendant son opération, qu'elle supporta d'ailleurs avec beaucoup de courage. L'opération terminée, on pratiqua les ligatures nécessaires pour prévenir les hémorrhagies consécutives. Le pansement fut fait immédiatement, et la malade reportée dans son lit.

Ainsi, malgré son grand âge, malgré les trois mois de souffrance qu'elle avait subie, je crus devoir pratiquer cette opération, qui fut couronnée du plus heureux succès.

Pendant les quatre premiers jours, le pouls conserva son état normal; le quatrième jour, on leva l'appareil, et déjà les lèvres de la plaie se trouvaient très-rapprochées à l'aide des bandelettes agglutinatives qui avaient été appliquées sur le moignon, en partant de la face palmaire de l'avant-bras pour être ramenées sur la face dorsale. Ces bandelettes doivent être multipliées en raison des dimensions du moignon : chez notre amputée, il nous a suffi d'en appliquer trois. La suppuration était peu abondante à la levée du premier appareil, et de jour en jour on la vit diminuer. Enfin elle fut tarie le quinzième jour, et le dix-huitième, la plaie était complétement cicatrisée. Cette malade n'éprouva pas le plus léger accident pendant le traitement qu'avait nécessité son opération; car on ne peut pas regarder comme un accident le léger mouvement fébrile qu'elle éprouva du troisième au cinquième jour. L'appétit, quoique peu prononcé, n'a jamais cessé d'exister. L'alimentation, quoique légère, était pourtant suffisante pour soutenir les forces de la malade, et favoriser la marche de la cicatrisation, qui fut terminée du quinzième au vingtième jour. Cette malade resta encore dix jours à l'hôpital, et demanda à cette époque son billet de sortie.

Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est qu'un accident très-grave avait été déterminé par une simple piqûre chez une femme âgée, il est vrai, de 74 ans, mais d'une bonne constitution. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que, dans l'espace de trois mois, une désorganisation très-prononcée des os du carpe et des parties environnantes, avait fait des progrès dont il était impossible d'expliquer la rapidité. Mais cette désorganisation était bornée à la région que nous avons indiquée, et par conséquent les chances de succès, en cas d'opération, étaient nombreuses, et la terminaison heureuse de cette maladie a prouvé qu'elle avait été bien jugée.

Cette observation recueillie sur une femme arrivée, pour ainsi dire, à l'extrémité de sa carrière, me rappelle l'histoire d'un jeune enfant qui, au début de la sienne, présenta aussi un état pathologique assez grave pour exiger l'amputation de l'avant-bras gauche. Cet enfant, âgé de trois mois seulement, habitant la campagne, avait eu la main gauche dévorée par une laie, et quand je fus consulté pour voir ce blessé, je trouvai les parties malades dans l'état suivant : Le pouce et les deux doigts qui le suivent avaient disparu; les autres doigts, le carpe et la partie inférieure de la peau qui recouvre l'articulation radico-carpienne étaient brisés, déchirés. Il était impossible de ne pas reconnaître, d'après ces désordres, la nécessité de l'amputation pratiquée à l'instant même. Les parents, effrayés par la crainte d'une opération aussi grave, refusèrent d'abord d'y consentir; mais, après quelques heures, ils finirent par la demander eux-mêmes afin de sauver la vie à leur enfant. Je procédai de suite à cette opération, aidé d'un de mes confrères, qui habitait la commune dans laquelle avait eu lieu l'accident. Je pratiquai l'amputation un pouce au-dessus de l'articulation radio-carpienne. Immédiatement après la section des os je fis la ligature de trois artères, qui, quoique d'un diamètre peu considérable, donnaient cependant beaucoup de sang. La plaie fut réunie par première intention, réunion qu'on doit tenter dans presque toutes les circonstances qui suivent une amputation. Les bandelettes agglutinatives, au nombre de deux, suffirent pour rapprocher les lèvres de la plaie, et les maintenir en contact. La mère continua d'allaiter son enfant; rien par conséquent ne fut changé à son régime. Le quatrième jour, je levai le premier appareil qui nous fit voir déjà une réunion assez considérable des bords de la plaie, qui étaient peu gonflés, et qui fournissaient à peine un suintement purulent mêlé à un peu de sang. La plaie, pansée tous les jours, présentait, à chaque pansement, un aspect plus favorable à la cicatrisation, qui fut obtenue du dixième au onzième jour.

Ainsi, d'après ces deux observations on voit que l'amputation peut être pratiquée pour ainsi dire aux deux extrémités de la vie, et à son début et à son déclin, quand les sujets présentent d'ailleurs une bonne constitution des organes, avec tous les signes d'une intégrité complète, et par conséquent présentant toutes les chances d'un succès certain.

Mais, à la suite de l'opération, il faut toujours recourir à des moyens adoucissants, calmants, à un bandage médiocrement serré, surtout à l'application de bandelettes destinées a rapprocher doucement et aussi exactement que possible les lèvres de la plaie. Aussi nous est-il difficile de concevoir comment, après des opérations aussi douloureuses, aussi dangereuses, on a pu conseiller de tenter l'emploi de la suture pratiquée à l'aide d'aiguilles traversant les lèvres de la plaie résultant de l'opération. Eh quoi! on ne pratique cette opé-

ration que pour réduire à son expression la plus simple une plaie grave, une plaie compliquée, une plaie nécessairement mortelle ; et l'opération n'est pas plus tôt terminée que vous vous proposez de la compliquer par l'emploi d'aiguilles plus ou moins multipliées, en raison du volume du moignon que présente le membre. Mais, dans ce cas, non-seulement la présence des aiguilles doit irriter, doit enflammer le bord sur lequel elle est fixée, elle doit déterminer une suppuration du bord qu'elle traverse, elle doit souvent le déchirer ; une pareille méthode nous paraît entièrement en opposition avec les principes d'une chirurgie rationnelle et méthodique ; nous la repoussons de toutes nos forces, au nom de nos maîtres, de l'expérience des praticiens et de nos propres convictions.

3. Lorsque le hoquet et la rougeur des yeux succèdent au vomissement c'est un signe mortel.

3. Chez les blessés, le hoquet, ainsi que nous l'avons dit, non-seulement n'est pas toujours mortel, mais souvent il persiste assez longtemps sans déterminer d'autre accident qu'une fatigue plus ou moins pénible, résultat des efforts qui ont déterminé le vomissement, qui lui-même n'est pas dangereux quand il est idiopathique. Il n'en est pas de même quand il est symptomatique ; car alors il appartient soit à une lésion du cerveau, soit à une lésion de l'utérus, à une métrite, à une métro-péritonite. Ces deux affections sont assez graves pour déterminer la mort du sujet qu'elle a frappé, et après avoir toutefois produit des douleurs très-vives, des douleurs atroces qui sont souvent le résultat de l'inflammation des membranes séreuses, surtout quand elles enveloppent un organe aussi sensible, aussi irritable que l'utérus, qui imprime presque toujours aux organes contenus dans les trois cavités splanchniques, l'influence toute-puissante de sa volonté et même de son caprice ; mais ici le vomissement n'est pas une cause, il est seulement un effet, et il ne peut cesser quand les inflammations dont nous avons parlé sont terminées.

Dans le crâne, ce n'est pas toujours l'inflammation des méninges ou de la substance cérébrale qui produit la contraction de l'estomac, et partant le vomissement ; souvent, c'est une compression établie par une collection sanguine, une collection séreuse ou la présence d'un corps étranger. Dans cette supposition, la nature trouve quelquefois dans sa propre force les moyens de diminuer et d'annihiler l'effet de la compression sanguine. Ainsi que nous l'avons déjà indiqué, la collection séreuse peut aussi être résorbée, quand son volume n'est pas très-considérable ; mais c'est surtout quand la cause qui a produit cette sérosité est aiguë, que la collection de ce produit séreux peut diminuer et disparaître complétement, et, à cette époque seulement, le vomissement peut cesser entièrement, et s'il persiste encore, il est probable qu'il cessera bientôt, par suite de l'absorption.

Quand, au contraire, la collection séreuse est le résultat d'une inflammation chronique des méninges, il est impossible d'espérer une amélioration, et les accidents de vomissement, de torpeur, d'accablement ou de syncope, ne disparaissent qu'après la mort.

Nous retrouvons dans cette circonstance les mêmes résultats, les résultats invariables que l'on observe, que l'on constate dans toutes les collections séreuses qui se rencontrent soit dans le thorax, soit dans la cavité abdominale, soit disséminées dans le tissu cellulaire sous-cutané, et qui distend ce même tissu quelquefois d'une manière prodigieuse.

Ainsi, dans la poitrine, on a vu souvent des collections de sérosité acquérir assez de volume pour refouler le cœur dans la cavité droite du thorax, pour produire un état d'anxiété, des suffocations imminentes, et pourtant la résolution ou plutôt l'absorption de cette collection délivrait le malade de toutes les anxiétés qu'il éprouvait, de tous les dangers qui le menaçaient ; mais, dans ce cas, la collection séreuse était due à une inflammation aiguë des plèvres, et, dans ce cas d'acuité, la nature trouvait des forces capables d'obtenir une guérison d'autant plus prompte, que le sujet était plus fort avant le début de la pleurésie. Dans ce cas, je le répète, la guérison est surtout due aux ressources que la nature tenait en réserve.

Sans doute on prescrit bien des boissons *apéritives*, des applications de vésicatoires, des moxas sur les parois thorachiques ; mais quel serait le résultat de ces opérations locales, si la nature ne trouvait pas dans sa propre énergie les moyens de produire la résorption ? Le vésicatoire n'agit qu'à la surface de la peau ; la suppuration qu'il provoque doit augmenter la faiblesse du malade, tandis que, au contraire, il faudrait pouvoir doubler ses forces s'il était possible.

Le moxa, auquel on prête une puissance immense dans un assez grand nombre d'affections chirurgicales, ne paraît pas devoir produire de résultat dans le traitement d'une maladie aussi grave ; et il me paraît difficile de croire que son application, répétée sur les différents points de la région qui est le siége de la maladie, puisse porter profondément sa faculté absorbante sans laquelle, dans cette circonstance, il n'y a pas de guérison possible à espérer.

Ce que nous avançons ici nous paraît tellement démontré, que, quand ces collections séreuses sont le résultat d'inflammation chronique des plèvres, ou du péricarde, ou du péritoine, la médecine et la chirurgie impuissantes, ont la douleur d'assister

à un dépérissement gradué qui va toujours croissant jusqu'à la mort.

L'abdomen nous offre les mêmes résultats que la poitrine; on a vu souvent la cavité abdominale, grâce à la facilité avec laquelle elle peut se prêter à des distensions énormes, acquérir un volume prodigieux.

D'abord, chez l'enfant tourmenté par une dentition laborieuse, on voit la face, les paupières surtout, tuméfiées par une infiltration séreuse; la poitrine, infiltrée par la même cause, produit chez le malade une difficulté extrême de respirer; l'abdomen bientôt se développe d'une manière remarquable; les membres thorachiques, les membres abdominaux, et ces derniers surtout, sont fortement infiltrés, et la tuméfaction de ces membres persévère jusqu'à ce que le travail de la dentition, qui a produit tous ces phénomènes, soit suspendu, et c'est alors seulement que tous les symptômes vont en diminuant jusqu'à ce que l'absorption complète de cette infiltration générale ait été terminée; il n'est pas rare de voir des récidives produites par les mêmes causes, et disparaître par les mêmes moyens.

On a aussi, dans ces circonstances, prodigué les *apéritifs*, les sinapismes, les vésicatoires, les moxas, voire même les sétons, l'on vante tour à tour l'emploi de ces moyens; on leur attribue des effets merveilleux, et pourtant, en examinant sans prévention le pouvoir de toute cette médication, on peut dire avec vérité qu'ils servent à tourmenter beaucoup les malades, mais que tous ces moyens n'ont pas la plus légère influence sur la guérison de ces affections.

Les collections séreuses qui occupent des kystes méritent un examen particulier qui ne doit pas nous occuper en ce moment, puisque nous ne devons parler que des collections séreuses qui produisent ou peuvent produire le vomissement. Quant à la rougeur des yeux, ce symptôme nous paraît moins inquiétant qu'on ne pourrait le croire d'après le sens de l'aphorisme précité. En effet, l'inflammation des yeux peut être produite par une infinité de causes dont la gravité est loin de se rencontrer fréquemment chez les malades, et surtout chez les blessés.

Cette inflammation, le plus souvent, est due à l'influence de l'atmosphère; elle se manifeste par une rougeur, une douleur qui ferait croire au malade que ses paupières se trouvent sur des grains de sable ou de tabac. Cette inflammation, très-simple comme la cause qui la produit, se termine ordinairement du dixième au quinzième jour dans un sujet dont la constitution est d'ailleurs bonne. Ainsi, dans ce cas encore, il ne serait pas exact de dire que quand la rougeur des yeux succède au vomissement, il est un signe mortel.

La rougeur des yeux peut dépendre, dans ce cas, d'un simple arrêt du sang vers la tête pendant les efforts du vomissement, et il n'est pas possible de croire que, parce que la conjonctive est injectée, par ce que le retour du sang vers le cœur éprouve de la gêne, que cette injection conjonctivale doive produire la mort du sujet.

Il est bien plus rationnel d'attribuer les causes de mort aux affections des organes qui, réagissant sur l'estomac, déterminent ses contractions, et par suite le vomissement.

4. C'est un mauvais signe, si la sueur est suivie d'horripilation.

4. Quand les blessés sont affaiblis par la sueur, ils éprouvent souvent des frissons, des horripilations, qui ne sont pourtant pas toujours d'un mauvais augure. C'est surtout en automne et au printemps que ces phénomènes se manifestent; quelquefois ils dépendent d'imprudences commises dans le régime, quelquefois ils dépendent d'une diminution dans la suppuration, qui doit offrir toujours le même degré d'abondance à des époques déterminées pour une plaie qui est traitée méthodiquement. D'autres fois ces phénomènes sont le produit d'une affection morale qui réagit toujours sur les plaies d'une manière fâcheuse.

Une des causes qui peut aussi diminuer trop brusquement la suppuration, c'est l'action de l'air ambiant. Mais le plus souvent ces frissons, ces horripilations, sont le résultat du séjour trop prolongé d'une suppuration abondante à la surface des plaies, et surtout le séjour d'une suppuration de mauvaise nature, et chez des sujets faibles qui espèrent triompher de leur faiblesse en se gorgeant, pour ainsi dire, d'aliments et de boissons stimulantes; car ces sortes de blessés, toujours insatiables, cherchent à se procurer des aliments à quelque prix que ce soit, fatiguent leur estomac, provoquent des dyssenteries, et leur constitution appauvrie ne résistera pas longtemps à ces imprudences. Le dévoiement, les sueurs abondantes, les sueurs colliquatives se réunissent bientôt comme causes d'affaiblissement et de destruction; dans ce cas la mort arrive promptement. Il faut donc, toutes les fois qu'une plaie suppurera abondamment, prévenir le séjour de la suppuration dans ces plaies, en ordonnant deux et même quelquefois trois pansements dans les vingt-quatre heures. Et à l'aide, d'un pansement aussi méthodique, on verra bientôt la blessure suivre une marche favorable, et arriver promptement à la cicatrisation. Si l'on négligeait l'emploi de ces moyens, on aurait à craindre une complication si redoutable, qu'elle est très-souvent funeste aux blessés chez lesquels elle se développe. Je veux parler d'une espèce de fièvre particulière qui est déterminée essentiellement, 1° par l'abondance de la suppuration; 2° par sa mauvaise qualité; 3° par le séjour prolongé de la matière purulente sur les bouches béantes des vaisseaux absorbants, vaisseaux qui repoussent ordinairement de toutes

leurs forces la matière hétérogène qui n'est pas en rapport avec leur sensibilité; mais peu à peu cette sensibilité se modifie, et après un temps plus ou moins long, la matière purulente absorbée est portée dans le torrent général de la circulation, et produit alors un état fébrile qui s'annonce par des frissons irréguliers, par des sueurs intermittentes, par une céphalalgie habituelle, par des envies fréquentes de vomir, et souvent par des vomissements fatigants; la soif est ardente; le blessé boit donc avec avidité. Le système gastro-intestinal est bientôt frappé d'inflammation aiguë, de dévoiement, de dyssenterie qui épuise rapidement le peu de forces qui restent au blessé. La plaie, de son côté, a présenté des modifications particulières qui offrent peu de différences dans de pareilles circonstances; la circulation diminue de quantité pour ainsi dire de jour en jour; ses bords sont pâles, décolorés; son fond est blafard, grisâtre, quelquefois même brunâtre. Aussitôt qu'on aperçoit les premiers signes qui peuvent annoncer une complication si effrayante, il faut se hâter de chercher les causes qui ont pu la préparer ou la provoquer. Si c'est une imprudence dans le régime, rien n'est plus facile que de la reconnaître, rien n'est plus facile que de la combattre de prime abord. Cette cause appartient-elle aux influences de l'hôpital, à l'action d'une atmosphère délétère, à une alimentation de mauvaise nature, au voisinage de quelque maladie grave dont la réaction s'étend jusqu'au blessé soumis à nos soins? On pourra, on devra remédier de bonne heure à un pareil état de choses, en éloignant ou en modifiant autant que possible l'action des causes que nous avons énumérées, et par conséquent combattre avec succès cette complication redoutable et l'arrêter dans sa marche; il sera même assez facile d'en triompher très-souvent d'une manière complète. Mais il est une autre cause beaucoup plus fâcheuse que celles que nous avons signalées, puisqu'elle et presque toujours cachée et qu'il nous est bien permis de la soupçonner, mais non de la deviner. Je veux parler des causes morales. Ainsi, lorsque le blessé ne nous met point dans la confidence de ce qu'il souffre moralement, il est impossible que nous l'aidions à triompher d'une complication qui le menace d'une manière aussi grave. Les progrès du mal sont chaque jour plus rapides, et emportent le blessé dans l'espace de quelques jours, malgré les soins multipliés dont il se trouve entouré. C'est en vain que quelques praticiens ont, dans de pareilles circonstances, conseillé l'application de substances irritantes, l'application d'injections stimulantes, irritantes même, sur toute la surface de la plaie, afin d'y produire et d'y déterminer un nouveau travail de suppuration. En vain ils ont conseillé l'application de larges vésicatoires placés dans le voisinage et même sur les bords de cette plaie; l'emploi de ces différents moyens a échoué, et échouera toujours tant que la cause morale n'aura pas été détruite. Ainsi donc cette fièvre, connue sous le nom de fièvre de resorption, est presque toujours mortelle, à moins qu'elle ne soit combattue de bonne heure, c'est-à-dire dès son début.

Pendant que cette fièvre si tristement puissante parcourt ses différentes périodes, le blessé se plaint quelquefois de douleurs, soit dans la région thorachique, soit dans la région abdominale, douleurs qui n'existaient point avant la maladie, douleurs qui se sont annoncées quand la suppuration a commencé à diminuer d'une manière sensible, et qui ont été pour ainsi dire invariablement fixées sur le point qu'elles ont occupé primitivement. Dans ce cas on a dû combattre ces douleurs par l'emploi des moyens appropriés. Ainsi, les cataplasmes, les sangsues, les émollients, ont été employés tour à tour, mais sans aucune espèce de succès. A l'autopsie cadavérique, on a souvent trouvé dans les régions occupées par les douleurs dont nous parlions il n'y a qu'un instant, on a souvent trouvé, dis-je, des collections purulentes plus ou moins abondantes, et dans ce cas, on a voulu bon gré, malgré, expliquer la diminution et la suppression de la suppuration qui avait abandonné la plaie par un phénomène particulier auquel on donne le nom de *métastase*. Mais pour nous, l'expression connue sous le nom de *métastase*, nous paraît obscure; il nous est difficile, pour ne pas dire impossible, d'expliquer comment une collection purulente se porte pour ainsi dire en masse d'un point donné sur un autre point, ou d'un organe sur un autre organe. Il nous paraît beaucoup plus rationnel de penser que chez les blessés, comme chez tous les sujets en général, un point d'irritation plus aigu fait taire pour ainsi dire celui qui l'est moins; ainsi, pendant la marche d'une plaie plus ou moins large, si la plèvre, si le poumon, sont frappés d'une inflammation vive, la nature doit diriger toutes ses forces vers le point le plus malade. Dès ce moment la plaie n'est plus le centre de la fluxion; la suppuration diminue, elle est mal élaborée; la plaie, pour ainsi dire abandonnée complétement, languit, se dessèche, et de là les terminaisons que nous avons indiquées. Il n'y a donc point ici de métastase. Ce n'est pas la suppuration qui baignait la surface de la plaie qui s'est portée dans le thorax. La collection purulente qui occupe cette cavité est le produit d'un travail idiopathique, le résultat d'une inflammation du poumon ou des plèvres, dont les lésions ont dû être appréciées par les phénomènes particuliers qui devaient accompagner la marche de ces inflammations. Ce que je dis ici de la cavité thorachique, est applicable à la cavité du crâne, est applicable surtout à la cavité abdominale, et même à la cavité pelvienne.

Le 22 juin 1825, on apporta à l'hôpital Cochin, un malade qui fut placé immédiatement salle

Saint-Denis. Ce blessé, plongé dans un état d'ivresse complète, était tombé dans la rue, et une voiture chargée de pierres avait brisé avec sa roue le genou gauche. Le désordre était énorme ; la peau de cette région était déchirée de manière à laisser voir la fracture en éclats de la rotule ; les condyles du fémur étaient brisés ; l'extrémité supérieure du tibia broyée ; enfin, le désordre était tel, que l'amputation pratiquée sur-le-champ me parut le seul moyen à employer. A l'instant même cette opération fut faite à trois pouces au-dessus du genou ; le blessé perdit peu de sang pendant l'opération ; il n'éprouva pas la moindre faiblesse, soit physique, soit morale, et il fut aussitôt reporté dans son lit. Les ligatures avaient été faites d'une manière pour ainsi dire minutieuse, car l'artère du plus petit volume avait été liée avec un soin extrême ; ces ligatures furent réunies, placées dans l'angle inférieur de la plaie, et fixées sur ce point par une petite plaque de diachylon gommé. Quatre bandelettes agglutinatives avaient eu pour objet de rapprocher les lèvres de la plaie de la région interne à la région externe. Un plumasseau de charpie fine enduite de cérat fut appliqué sur la plaie résultant de l'opération ; des compresses soutinrent cette charpie, et furent relevées d'avant en arrière et soutenues à leur tour par un bandage roulé, exerçant une compression très-légère, car rien n'est plus fâcheux que d'établir une forte compression sur le moignon d'un membre qui vient d'être amputé. Ce bandage alors est uniquement destiné à maintenir les pièces de l'appareil, pour que la plaie soit préservée de l'action des agents extérieurs ; et si nous avons recommandé, dans des cas de fracture, de n'exercer qu'une compression modérée sur le membre fracturé, pendant huit ou dix jours, à plus forte raison, dans la circonstance particulière qui nous occupe, recommanderons-nous d'éviter toute compression ou toute constriction violente ; car un pareil procédé déterminerait promptement l'étranglement du moignon, et par conséquent la mort du blessé, dans l'espace de quelques jours, et peut-être même de quelques heures. Si, dans les fractures, nous devons nous attendre à un développement progressif du membre pendant huit ou dix jours, à plus forte raison à la suite d'une amputation le moignon doit subir une tuméfaction considérable du premier au huitième jour, car la nature dirige vers ce point une circulation plus active, pour préparer le travail de la suppuration ou de la cicatrisation qui s'effectue avec d'autant plus de facilité, que le membre est placé dans des circonstances plus favorables. Du huitième au dixième jour, la tuméfaction du moignon diminue, et c'est à cette époque seulement qu'on pourra maintenir les pièces d'appareil, au moyen d'une compression plus forte exercée par la bande principale qui est développée autour du membre. Si j'ai cru devoir établir ici cette digression, c'est que je la crois digne du plus grand intérêt ; revenons maintenant à notre blessé.

C'est un homme de 32 ans, d'un tempérament bilieux, fort, menuisier de son état. Le soir qui suivit son opération, je vis le malade sur les dix heures ; il paraissait dormir assez tranquillement, il avait la peau un peu chaude, mais le pouls était à peu près normal.

A la visite du matin, le lendemain, il me dit que sa nuit avait été bonne, et qu'il ne souffrait point, si ce n'était d'un peu de chaleur à l'extrémité du moignon.

La langue était un peu rouge, le pouls développé ; mais la tête était libre, la respiration facile, et rien de fâcheux n'existait du côté de l'abdomen.

Il fut mis à l'usage de boissons légèrement acidulées ; un lavement émollient fut prescrit pour le soir, et la diète la plus sévère fut continuée. Il ne se manifesta rien de remarquable jusqu'au quatrième jour au matin, époque à laquelle je levai le premier appareil. Déjà les lèvres de la plaie étaient rapprochées d'une manière très-sensible ; le moignon était peu tuméfié, et le suintement sanguinolent qui imbibait les pièces de l'appareil était peu abondant. Les ligatures, au nombre de quatre, avaient été réunies, portées vers l'angle inférieur et fixées sur ce point avec un peu de diachylon gommé. Ainsi que je l'ai dit plus haut, le pansement fait les jours suivants et à heure fixe, présentait chaque jour les progrès qu'on observe à la suite de ces opérations, et le malade fut mis à l'usage de quelques bouillons ; son régime alimentaire devint chaque jour un peu plus nutritif, à mesure qu'il s'éloignait du moment de son amputation. Nous arrivâmes ainsi jusqu'au quinzième jour sans aucun accident ; mais, le seizième, à la visite du matin, je trouvai un peu de fièvre ; le facies du malade présentait un aspect singulier, ses yeux étaient étincelants, sa parole était brève. La suppuration, qui était la veille abondante et de bonne nature, avait diminué de quantité, et sa qualité laissait quelque chose à désirer.

Le malade fut de nouveau mis à une diète rigide, et à l'usage de boissons gommeuses et calmantes. Je fis défendre toute espèce de visite, craignant que chez ce blessé le moral ne fût susceptible de s'affecter facilement. Les pansements furent faits avec le plus grand soin, et pourtant l'état du malade s'aggravait d'autant plus que la fièvre devenait plus intense, la peau plus chaude ; des sueurs même assez abondantes vinrent compliquer cette affection déjà si grave ; le dévoiement survenant à son tour, et le malade, éprouvant une soif très-vive, ingérait les boissons avec une grande avidité. Il se plaignait d'une douleur assez vive dans la région inférieure de l'abdomen, qui fut recouvert de cataplasmes émollients ; cet état persévéra pendant huit ou dix jours sans présenter de variations, ou, du moins, celles-ci étaient presque nulles et peu appréciables ; enfin, le 23 juillet, il succomba presque dans un état convulsif.

Quelle avait été la cause de la mort de ce blessé? Je pense qu'il a succombé à une fièvre de résorption, car, pendant le cours de sa maladie, il nous a présenté successivement tous les symptômes de cette cruelle affection : diminution de la suppuration, vers le premier jour, fièvre vive ; à cette époque, chaleur de la peau, sueurs abondantes, dévoiement, alternative de chaleur et d'horripilation, symptômes toujours ou presque toujours effrayants dans les maladies médicales ainsi que dans les affections chirurgicales.

Vingt-quatre heures après la mort, je procédai à l'autopsie.

Le cadavre était émacié ; le moignon présentait un aspect brunâtre ; les lèvres de la plaie étaient flasques et écartées, car le commencement de réunion que nous avions annoncé plus haut avait été détruit.

La tête ayant été ouverte, ne nous présenta aucun signe de lésion, seulement il y avait un peu plus de sérosité que de coutume dans les sinus latéraux. Dans la poitrine, il n'existait pas non plus de lésion appréciable ; seulement, du côté gauche, une adhérence assez large de la plèvre sous-costale avec la face interne, des muscles intercostaux prouvait que, longtemps avant, le malade avait été atteint d'une pleurésie qui s'était terminée par résolution et par l'adhérence dont nous venons de parler.

Le poumon gauche présentait quelques petits points indurés; mais le poumon droit et la plèvre du même côté avaient conservé leur intégrité normale.

Dans l'abdomen, le foie était sain ; l'estomac et les intestins ne présentaient pas d'altération ; mais nous rappelant la douleur que le blessé indiquait à la région inférieure de l'abdomen, nous dûmes porter toute notre attention vers cette région, et bientôt il nous fut possible d'apercevoir un liquide d'un blanc jaunâtre, qui occupait une grande partie du petit bassin : c'était un pus mal lié, de mauvaise nature, et qui paraissait avoir été le résultat d'un phlegmon développé dans le tissu cellulaire qui tapisse le bassin ; le rectum et la vessie étaient restés intacts au milieu de ce travail pathologique, car les tuniques de ces deux organes présentaient leur état normal.

Ainsi, dans cette observation, nous avons rencontré ce qu'on remarque assez souvent à la suite des fièvres de résorption, sans pourtant qu'on puisse en inférer qu'il y a eu métastase à laquelle j'ai voulu croire pendant vingt ans, mais qui me paraît un être imaginaire; car, ainsi que je le disais quelques lignes plus haut, il est bien plus rationnel d'expliquer la formation de ces abcès par un travail inflammatoire idiopathique qui produit alors la suppuration qu'on observe dans ces différentes circonstances.

6. L'aversion du manger dans les maladies longues, et les évacuations de bile pure, sont de mauvais augure.

6. Chez les blessés qui ont séjourné longtemps dans les hôpitaux, il n'est pas rare de voir l'appétit diminuer, se perdre complétement, et pourtant on ne peut pas dire que l'état de ces malades soit inquiétant. Des vomissements bilieux peuvent appartenir, ou à un agacement de l'estomac, ou à une affection du tube intestinal, ou bien, ce qui est le plus fréquent, à un principe de maladie du foie. Ce dernier phénomène peut s'expliquer assez facilement quand on songe qu'un malade, surtout dans les hôpitaux, occupant toujours le même lit, la même salle, affaibli par la longueur et l'abondance de la suppuration, sentant chaque jour ses forces diminuer, inquiet sur sa position qui, pour lui, s'aggrave de plus en plus, ayant surtout le spectacle de ses voisins, sortant après une guérison complète; il n'est pas étonnant, disons-nous, que le chagrin s'empare du blessé, et mine chaque jour son existence. Or, il n'est personne qui ne sache que ces peines concentrées, que ces chagrins prolongés, ne réagissent d'une manière très-fâcheuse sur l'économie tout entière, surtout chez les sujets affaiblis, quel que soit leur âge, quel que soit leur sexe.

Mais si l'organe hépatique est malade, il n'est pas surprenant qu'il survienne des hoquets, des nausées, des vomissements bilieux, et même des vomissements de bile pure ; mais toutes les fois que ces symptômes ne sont point accompagnés d'une fièvre intense, ardente, toutes les fois qu'ils ne sont point compliqués d'une affection des organes contenus dans la cavité encéphalique, ces vomissements bilieux ne sont pas aussi redoutables que l'aphorisme précité pourrait le faire croire. Un malade occupant le nº 7 de la salle Saint-Augustin, entré au mois de juillet 1834, présentait à la hanche gauche, et sur différents points de la cuisse du même côté, des ouvertures fistuleuses qui laissaient échapper une suppuration ichoreuse, fétide et abondante. Ce sujet, âgé de vingt-sept ans, nous paraissait arriver au troisième degré de l'affection scrofuleuse ; car, pour mettre un peu d'ordre dans cette affection si grave et si multipliée, je pense qu'il est essentiel d'établir des degrés, des nuances, à l'aide desquels on puisse décider, pour ainsi dire de prime abord, quel est le traitement qu'on peut employer dans les différents degrés, et quel sera le résultat probable de ce traitement.

L'enfant de sept ans, qu'il soit né de parents forts et vigoureux, ou bien de parents faibles, valétudinaires, ou bien qu'il ait reçu le jour de parents scrofuleux eux-mêmes, peut présenter tous les signes d'une affection scrofuleuse : *la blancheur mate de la peau, la coloration du visage, le développement anormal des lèvres et surtout de la lèvre supérieure, l'engorgement lymphatique des*

glandes, du col et des régions axillaires et inguinales, avec ou sans ulcération sur l'un des points que nous avons désignés.

Dans ce premier degré, l'usage des amers, des préparations de quinquina, de gentiane, un régime fortifiant tiré surtout du règne animal, l'usage d'un vin rouge, vieux et généreux, seront essentiellement indiqués. Il faut de plus réunir autour du malade tous les moyens hygiéniques capables de seconder les efforts que la nature emploie pour favoriser cette constitution, et il est probable qu'en continuant ce régime avec persévérance, on parviendra à modifier cette constitution et à la fortifier de manière à éloigner le déplorable cortége des accidents dont elle était menacée.

Dans le deuxième degré de la constitution scrofuleuse, c'est-à-dire celle qu'on observe chez les sujets depuis 7 ans jusqu'à 15 ou 18 ans, outre les caractères spéciaux que nous avons admis dans le premier degré, ici nous trouvons souvent des ophthalmies qui ont eu plusieurs récidives, un affaiblissement de l'ouïe, souvent une surdité plus ou moins remarquable, tantôt ayant son siége dans une seule oreille, tantôt se manifestant dans les deux oreilles à la fois; d'autres fois nous verrons des points de suppuration, quelquefois des cicatrices, occupant les régions sous-maxillaires, axillaires et inguinales. Ce second degré est beaucoup plus grave que le premier. Toutefois en insistant d'une manière plus rigoureuse sur le traitement conseillé pour le premier degré de cette affection, on ajoutera à cet emploi les exercices de gymnastique, les exercices à pied, et surtout l'exercice du cheval, si favorable au développement de la poitrine, et à l'exécution de longues promenades, en évitant la fatigue, qui serait un contre-sens dans un pareil traitement. Répétons toutefois, car cette remarque est de la plus haute importance, qu'il faut proscrire avant tout les vésicatoires, les cautères, les moxas, qui, en provoquant une suppuration journalière, continue, abondante, serait encore un autre contre-sens qui paralyserait l'effet du traitement indiqué.

Dans ce second degré on peut encore obtenir d'heureux résultats; cependant ces sortes de sujets conservent pour longtemps, et même pour toute leur vie, les terribles traces d'une aussi fâcheuse constitution: la vision altérée, l'ouïe incomplète, des cicatrices indélébiles..... Je ne parlerai point de désordres qui souvent existent dans les organes thorachiques et abdominaux. Je ne dois ici que les indiquer, car ils appartiennent au domaine médical, et par conséquent elles doivent être plus particulièrement le sujet des études et des méditations du médecin.

Dans le troisième degré, c'est-à-dire quand les caractères évidents de l'affection scrofuleuse se manifestent sur des sujets âgés de plus de vingt ans, non-seulement les accidents qui les accompagnent sont beaucoup plus graves, mais ils doivent inspirer de vives inquiétudes pour l'avenir. Des abcès profonds, des abcès par congestion, des caries, des nécroses, des fièvres continues, des sueurs abondantes, des dévoiements opiniâtres, des fièvres hectiques, tel est l'ensemble des symptômes qui viennent le plus souvent frapper et accabler le troisième degré de l'affection scrofuleuse, ou plutôt de ce que j'appelle la cachexie scrofuleuse. Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de concevoir, dans cet état de cachexie, une espérance de guérison, car ces malheureux sont, pour la plupart, voués à une destruction inévitable, et si cette destruction est retardée, c'est pour être condamnés à languir toute leur vie dans un état de souffrance d'autant plus déplorable, qu'on ne peut employer que des moyens adoucissants et calmants. En vain a-t-on, dans ces fâcheuses circonstances, cru devoir recourir quelquefois à l'ablation d'un membre carié. La même affection se renouvelait plus tard dans un autre membre, et on a encore eu recours à l'amputation; enfin, une seconde récidive se présentant avec les mêmes phénomènes, on a dû renoncer à une troisième amputation. Ainsi, d'après ce que nous venons de dire, on doit admettre en principe que, dans le dernier degré du scrofule, la médecine et la chirurgie sont véritablement impuissantes, et le malade est voué à un avenir déplorable, jusqu'à ce que la mort ait terminé ses souffrances.

Le blessé qui nous a déterminé à donner ici une analyse de la cachexie scrofuleuse, se trouvait parvenu au dernier degré de cette même cachexie; aussi resta-t-il pendant trois mois confié à nos soins sans éprouver beaucoup d'amélioration dans sa position; toutefois, ce qu'il eut de remarquable pendant le long séjour qu'il fit dans notre salle, c'est qu'il éprouva tous les jours et même plusieurs fois par jour, des vomissements de bile verte et porracés, et, comme dit l'aphorisme, de bile pure. Je ne doute pas que ces vomissements ne dussent être attribués à l'état moral du malade, à une affection morbide de l'organe hépatique, et c'est pour cette raison que les vomissements n'eurent pas, pour ce blessé, les conséquences fâcheuses qui sont annoncées dans l'aphorisme qui fait le sujet de notre examen. Après ces trois mois de séjour il demanda sa sortie qui lui fut accordée.

8. La rupture d'un abcès intérieur est suivie de l'exsolution, du vomissement et de la perte de connaissance.

8. Lorsqu'une collection purulente a son siége dans la cavité encéphalique, pour peu qu'elle soit assez considérable, elle déterminera un coma profond, une suspension du sentiment et du mouvement, souvent une paralysie ou une hémiplégie, et la mort est presque toujours le résultat de cette présence. Quand l'abcès s'est développé dans le tissu cellulaire de la cavité thorachique, l'épan-

chement de cette collection purulente cause un état d'anxiété extrême, et bientôt terminé par la mort. Si une collection purulente s'est formée dans la cavité abdominale, soit sous le premier feuillet du péritoine, soit au-dessus du même feuillet, l'ouverture spontanée de ce foyer purulent dans la cavité intra-péritonéale, déterminera une péritonite dont la marche rapide sera promptement mortelle; car plus le siége des abcès dans l'abdomen est profond, plus leur présence est dangereuse, plus elle compromet l'existence du malade. Il n'y a dans cet abcès qu'un moyen de salut, c'est quand la nature établit une adhérence entre la face superficielle du kyste qui contient la suppuration avec la face postérieure des téguments. Dans ce cas, la fluctuation manifestée indiquera la nécessité de pratiquer une ponction au centre de la fluctuation : c'est à l'aide de cette incision que la suppuration trouvant un libre passage préparera la guérison du foyer ; mais, nous le répétons, l'adhérence est indispensable, et, sans elle, il serait impossible d'éviter l'épanchement et la péritonite dont nous avons parlé plus haut.

9. Dans une hémorrhagie, le délire ou la convulsion annonce un très-grand danger.

9. L'hémorrhagie qui se manifeste chez les blessés au moment même où ils ont été frappés, est d'autant plus redoutable que, si les secours ne sont pas administrés promptement, le malade peut succomber instantanément. Mais une simple compression peut suspendre à l'instant même le danger d'une pareille hémorrhagie ; cette compression donne le temps de préparer les ligatures nécessaires pour arrêter complétement l'issue du sang à travers le tube artériel, en établissant une compression assez forte sur les tuniques de ce même tube, à travers lequel s'échappait le sang, et malgré le délire qui existait, et malgré les convulsions qui s'annonçaient, on voit de suite une simple ligature mettre fin à des désordres qui paraissaient assez effrayants. Cette hémorrhagie est toujours à craindre à l'instant où une blessure a été produite par un instrument tranchant; il n'en est pas de même de celles que peut produire un instrument contondant; celles-ci sont d'autant plus redoutables, *pour un praticien peu expérimenté,* que non-seulement au moment de la blessure la plaie ne verse point de sang, mais deux, trois, quatre et même six jours peuvent s'écouler sans qu'il y ait trace d'hémorrhagie. C'est du sixième au huitième jour seulement que les plaies d'armes à feu se compliquent d'une hémorrhagie d'autant plus redoutable qu'on ne l'avait pas soupçonnée. Celle-ci s'annonce par quelques gouttes d'un sang brillant, qui baigne les pièces de l'appareil, et que l'on retrouve au moment du pansement; quelques heures après, cette hémorrhagie va toujours croissant, jusqu'à ce que la quantité de sang qu'elle fournit inspire les plus vives inquiétudes; et si l'on ne se tient en garde contre un danger aussi imminent, le blessé sera emporté par une hémorrhagie foudroyante.

Ainsi donc, le chirurgien doit savoir que dans les plaies d'armes à feu, les tuniques artérielles peuvent être frappées avec tant de violence, qu'elles déterminent une ou plusieurs escarres gangréneuses sur un ou plusieurs points des tuniques frappées ; cette portion gangrenée est séparée par les efforts de la nature du sixième au huitième jour; il doit de plus savoir qu'au moment où ces escarres seront séparées, une hémorrhagie s'échappera à travers l'espace ou l'ouverture formée par la chute de ces mêmes escarres, et par conséquent il doit avoir tout préparé pour remédier à de pareilles hémorrhagies qui détermineraient rapidement la mort du blessé.

Il est une autre espèce d'hémorrhagie qui s'établit dans le tissu cellulaire sous-cutané; cette hémorrhagie est le résultat d'une simple piqûre faite dans les parois artérielles, et pénétrant dans l'intérieur de la cavité qu'elles constituent. Cette hémorrhagie, avons-nous dit, se développe dans le tissu cellulaire sous-cutané et produit une distension de la peau sans changement de couleur de cet organe ; cette tuméfaction a un caractère particulier, c'est d'éprouver un mouvement alternatif d'élévation et d'abaissement dépendant de l'action du cœur; on peut donc reconnaître, en plaçant un doigt sur cette tumeur, un mouvement de systole et de diastole isochrone aux battements du cœur. Le sang ne s'accumule dans cette région que parce que l'ouverture faite aux tuniques artérielles ne correspond pas à l'ouverture cutanée; il n'existe point de parallélisme entre ces deux ouvertures, et c'est ce défaut de parallélisme qui empêche que le sang s'échappe à travers l'ouverture superficielle, et qui par conséquent s'oppose à la production d'une hémorrhagie qui serait fort inquiétante si le parallélisme dont nous avons parlé existait ; nous avons alors affaire seulement à une tumeur distendue par le sang artériel tumeur qui peut céder à une compression méthodique, exercée pendant quelque temps, mais qui souvent aussi exige l'emploi de la ligature. Ainsi, comme nous le voyons d'après ce qui a été établi plus haut, nous reconnaissons trois espèces d'hémorrhagies ; l'une qui se fait sous la peau et ne communique point à l'intérieur ; l'autre qui fournit un sang brillant, rutilant, et qui, au moment ou quelques heures après la production de la blessure, s'échappe promptement en grande abondance, et menace très-gravement les jours du blessé ; la troisième espèce d'hémorrhagie enfin est celle qui ne se manifeste que du sixième au huitième jour ; on ne peut pas alors apprécier rigoureusement et exactement le moment où elle se manifestera et la quantité de sang qu'elle fournira. Mais il est rare que ces trois espèces d'hémorrhagies compromettent l'existence du blessé, quand

celui-ci est confié à des mains habiles, et aux soins d'un praticien familiarisé avec ces sortes d'accidents, et bien que le malade éprouve des vomissements ou des convulsions sous l'influence de ces mêmes hémorrhagies, le chirurgien n'en aura pas moins la possibilité de faire cesser cet accident, soit par une compression prolongée, soit par l'emploi de ligatures suffisantes pour se rendre maître du cours du sang en liant successivement les troncs artériels qui fournissent cette même hémorrhagie ; mais, ainsi que nous le disions au commencement de ce Commentaire, il faut tantôt agir avec une rapidité extrême, ou bien, établir une surveillance de tous les moments, pour être prêt à combattre tous les accidents de ce genre qui se présenteraient.

Il est probable que dans cet aphorisme, Hippocrate voulait parler des hémorrhagies internes, hémorrhagies qui ne peuvent être reconnues que par l'affaiblissement du pouls, la pâleur de la face, la fixité des yeux, en un mot, par tous les signes qui annoncent un état de défaillance, tel que le blessé doit succomber infailliblement, puisqu'il n'est pas possible de suspendre et encore moins d'arrêter ces sortes d'hémorrhagies.

Ces accidents doivent être redoutés, surtout quand une plaie contuse a frappé sur différents points du thorax.

Ils doivent être surtout redoutés quand une contusion plus ou moins profonde, quand une plaie pénétrante, auront été dirigées sur un ou plusieurs points de la région abdominale. Dans le premier cas, une hémorrhagie fournie par la rupture des vaisseaux pulmonaires, fournissant une quantité considérable de sang, constitue un épanchement dans l'un des côtés de la poitrine, et le malade succombera dans l'espace de huit ou dix heures, sans qu'il soit possible de combattre une aussi terrible complication ; cependant il serait possible que ce sang épanché dans la poitrine produisît un caillot, que ce caillot formant un point de compression sur l'ouverture artérielle, remplît l'office d'obturateur, suspendît l'hémorrhagie, et préparât par cette suspension des moyens de guérison, et c'est pour ce motif qu'on conseille en général de ne point agrandir les plaies qui existent sur une des parois de la poitrine ; car, si l'ouverture était assez large pour laisser échapper tout le sang qui est fourni par la lésion artérielle, la mort serait le résultat immédiat de cette hémorrhagie, tandis que dans le cas que nous avons supposé, le caillot formé dans l'intérieur de la poitrine, prépare la réunion des tuniques artérielles qui ont été blessées, prolonge par conséquent les jours du malade, et ce même caillot résorbé en partie ne présentera qu'un très-petit volume incapable de gêner les fonctions du poumon, et par conséquent incapable de produire du désordre dans la région qu'il occupe.

Dans les contusions de la région abdominale ou dans les plaies pénétrantes de cette même région, les hémorrhagies sont promptement mortelles, parce qu'ici point de caillot à former ; car, les parois abdominales ont une telle élasticité, qu'elles peuvent permettre la persévérance d'une hémorrhagie pour ainsi dire indéfinie. Ainsi, point de possibilité d'espérer un caillot formant une compression favorable à la suspension de l'hémorrhagie, comme nous l'avons observé dans le thorax.

Il est donc facile de concevoir que ces hémorrhagies internes, en marchant avec une grande rapidité, enlèvent en un instant au blessé toutes ses forces, et sont accompagnées de vomissements, avant-coureurs de la mort.

Quant aux hémorrhagies qui ont lieu dans l'intérieur du crâne et qui sont plus souvent déterminées par une cause interne que par une cause externe ; pour peu qu'elles soient considérables, elles emportent promptement le malade, et dans ce cas, on observe non-seulement des vomissements qui sont symptomatiques ; mais encore, on remarque des mouvements nerveux et des mouvements convulsifs. Mais il existe un troisième symptôme qu'on rencontre constamment, toutefois à des degrés variés : c'est un coma profond qui peut bien être interrompu, tantôt par des vomissements, tantôt par des convulsions, mais qui est déterminé par la compression résultant de la collection sanguine siégeant sur un des points du cerveau. Cette compression détermine de plus, ainsi que nous avons eu plusieurs fois l'occasion de le voir, une paralysie, une hémiplégie facile à apprécier par les signes qui se présentent toujours les mêmes dans les mêmes circonstances : le pouls est lent, la respiration stertoreuse, le facies plus ou moins injecté, les yeux ternes, hagards, incertains, les muscles de la face perdent souvent leur harmonie, le malade ne profère des sons qu'avec peine ; il balbutie, ses idées sont incohérentes ; enfin, la mort vient terminer cet état déplorable ; et quand le malade échappe comme par miracle à ces terribles symptômes, ce n'est que pour conserver la paralysie d'un côté ou une hémiplégie, infirmité qui le condamne à traîner une existence misérable.

Et ne croyez pas que cet état doive bientôt se terminer, car on a vu souvent ces infirmités persévérer pendant longues années ; et je me rappelle avoir vu deux exemples d'hémiplégiques qui ont vécu au-delà de quatre-vingts ans, avec leur infirmité qu'ils ont conservée pendant plus de vingt ans.

10. C'est un mauvais signe lorsque le vomissement ou le hoquet, la convulsion ou le délire, se déclarent dans le volvulus.

10. Le volvulus, ainsi que nous l'avons déjà dit, est une invagination intestinale qui est toujours accompagnée, 1° de douleurs fixes dans divers points de l'abdomen ; 2° De hoquet, de

nausées, de vomissements muqueux, bilieux et stercoraux.

Les symptômes vont toujours croissant jusqu'à ce que la mort du sujet en soit le résultat. Nous voyons ici tous les signes d'un étranglement interne, d'un étranglement au-dessus de toute la puissance de l'art, et contre lesquels nous ne pouvons employer que l'usage des boissons adoucissantes et calmantes. L'opium seul, à grandes doses, peut diminuer les douleurs intolérables; mais rien n'arrêtera une maladie aussi grave, et qui doit amener la mort du malade. Cette mort est précédée de la gangrène du tube intestinal dans une plus ou moins grande étendue. Il arrive souvent qu'à travers une déchirure des membranes gangrenées, les matières stercorales s'échappent dans la cavité abdominale, et ajoutent, s'il est possible, à la péritonite, qui, dès le début du volvulus, avait été produite par une inflammation intense. Ainsi, au lieu de se contenter de dire, c'est un mauvais signe, Hippocrate aurait dû dire, ce me semble : Le volvulus est mortel dans l'espace de six ou huit jours. Que penser aujourd'hui du traitement mécanique, qui consiste à faire avaler au malade une balle de plomb? certes, s'il est un moyen d'augmenter les progrès de la maladie, c'est celui de porter un corps dur, pesant, dans la portion d'intestin reçue dans une ouverture ou une duplicature intestinale qui lui sert de gaîne, et qui devrait être entraînée davantage dans cette gaîne par la présence de ce corps dur qui pèse sur lui.

Le volvulus, pour nous, est une maladie essentiellement mortelle, et quand on croit avoir guéri une affection de cette nature, une maladie aussi grave, c'est qu'on n'aura pas bien reconnu son caractère dont l'obscurité est souvent impénétrable, et qu'il ne peut guère être apprécié que par la persévérance des symptômes qu'on observe, symptômes qui ont beaucoup d'analogie avec la pression d'une tumeur fixe, immobile sur l'un des points du tube intestinal, avec un renversement d'intestin, un étranglement interne; car, dans ces différents états pathologiques, mêmes symptômes au début, dans les progrès et dans la terminaison.

Si nous avons rapporté cet aphorisme qui offre tant d'analogie avec un des précédents, c'est que le point de doctrine est d'un si grand intérêt, qu'on ne peut trop appeler l'attention des élèves et des praticiens sur un état pathologique dont on doit voir, dès le début, et le caractère et les dangers, afin d'indiquer à l'avance tout ce qu'on doit redouter en annonçant que la terminaison sera nécessairement funeste. C'est un devoir pénible à remplir sans doute; mais, en médecine, comme en chirurgie, comme dans les circonstances de la vie, *le devoir avant tout.*

14. Dans une plaie de tête, la stupeur ou le délire est un signe dangereux.

14. Les plaies de tête, superficielles, guérissent très-promptement; mais, pour peu que la cause vulnérante ait agi avec force sur cette région, les effets de la contusion s'annoncent par de la stupeur souvent et le délire quelquefois. Chacun de ces symptômes, envisagé séparément, doit inspirer les plus grandes inquiétudes; en effet, dans le premier cas, on peut croire à un épanchement sanguin primitif; dans le second, on peut craindre une inflammation des méninges, complication très-grave, souvent terminée par la mort. Ainsi, dans ces sortes de plaies, le premier symptôme s'annonce, pour ainsi dire, au moment de la percussion; le second, au contraire, ne se manifeste qu'après quelques jours. Mais, dans tous les cas, il faut avoir recours à un traitement très-actif, et qui puisse prévenir la terminaison trop redoutable d'un pareil accident, quand les symptômes sont aussi prononcés et aussi inquiétants sous tous les rapports.

A la suite des percussions établies sur un des points du crâne, avec ou sans plaie, on observe d'abord la commotion; la commotion présente trois degrés : le premier degré produit un étourdissement de quelques secondes ou tout au plus de quelques minutes; le second degré, une suspension de mouvement et de sentiment pouvant durer deux, trois et même quatre heures; enfin, le troisième degré, qui peut durer plusieurs jours, six, huit, quelquefois davantage, est souvent suivi de la mort.

Une percussion du crâne peut établir la contusion du cerveau, et ce n'est qu'au bout de plusieurs jours que les signes de cette contusion se manifestent par une douleur fixe, vive, occupant toute l'étendue du crâne ou seulement un de ses points. Cette contusion détermine donc toujours un état de souffrance qui va croissant, jusqu'à la résolution, qui est presque toujours préparée et produite par l'application d'un régime antiphlogistique; car malheureusement, quelquefois, le malade succombe, emporté par une méningite suraiguë qui marche avec une grande rapidité, et produit cette terminaison funeste dans l'espace de quelques jours seulement.

Quelquefois les percussions du crâne sont suivies d'épanchements soit sanguins, soit purulents, épanchements dont les signes ont été indiqués plus haut, et sur lesquels nous ne reviendrons pas en ce moment. Mais il est important de tracer ici l'ordre suivant lequel les complications des plaies de tête se manifestent. 1° La commotion éprouvée aussitôt après le coup, si elle n'a pas existé de prime abord; elle n'est plus redoutable. 2° La contusion du cerveau et de ses membranes; ce symptôme n'apparaît que quelque temps après la contusion, vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures et même quelquefois plus tard. 3° Épanchement sanguin; celui-ci ne se manifeste pas toujours au début; il est rarement accompagné

de douleurs, mais il n'en est pas moins dangereux, mais il n'en est pas moins funeste dans la plupart de ces affections. 4° L'épanchement purulent doit nécessairement être précédé d'un état inflammatoire plus ou moins aigu, toujours annoncé par des plaintes, des gémissements, et souvent des cris perçants. Ce symptôme est le plus fâcheux de tous; il est le plus menaçant, car c'est celui qui est le plus fréquemment mortel. Dans le cas d'épanchement purulent, il existe toujours paralysie ou hémiplégie. Dans l'épanchement sanguin, la paralysie se manifeste assez souvent; on peut citer quelques exceptions, rares, à la vérité, mais qui n'en sont pas moins faciles à constater dans la pratique particulière, et surtout dans celle des hôpitaux.

Au mois d'octobre 1835, on apporta à l'hôpital de la Charité une femme âgée de 82 ans, qui avait fait une chute violente dans un escalier. Cette chute avait été faite sur le côté droit du frontal, voisin du pariétal; à la première visite, nous trouvâmes cette blessée présentant les phénomènes suivants : 1° Large ecchymose occupant la partie supérieure et droite du frontal, la région temporale, les paupières, et même la peau de la face de ce côté. Elle dit qu'elle était tombée dans un escalier, et avait été entraînée jusqu'en bas dans sa chute. Cet escalier pouvait avoir vingt-cinq marches, d'après le rapport de la malade; le pouls était dur et serré; et comme la malade se plaignait de suffocation, on pratiqua une légère saignée. Elle fut mise à la diète la plus sévère; on recouvrit l'ecchymose d'un large cataplasme émollient. La nuit ayant été fort agitée, on conseilla l'usage de potions calmantes; un lavement laudanisé fut donné, et les boissons calmantes furent continuées; il n'y avait aucune espèce de plaie. Tout devait faire croire qu'un pareil accident n'aurait pas de suites très-fâcheuses, car cette blessée répondait bien aux questions; il n'y avait pas de fièvre, la malade mangeait un peu. Pendant cinq jours, l'état de la blessée ne présenta pas de variations; toujours des idées claires, toujours des réponses précises. Le sixième ou septième jour, une fièvre vive s'alluma et continua pendant quatre jours, époque à laquelle elle succomba. Mais jusqu'au dernier moment, elle avait conservé l'usage de son intelligence, de sa parole et de ses membres. A l'autopsie cadavérique, la portion supérieure du crâne ayant été enlevée, nous aperçumes au tiers antérieur et supérieur du lobe droit, un caillot sanguin, brunâtre, consistant, offrant le volume de la moitié d'une grosse noix, fixé d'une manière ferme à la dure-mère sur le point que je viens d'indiquer, et pourtant, je le répète, aucun mouvement n'avait été altéré; il n'avait pas même existé un commencement de paralysie, ce qui prouve que la présence d'un caillot dans l'intérieur du crâne n'est pas toujours une cause déterminante de paralysie ou d'hémiplégie. Mais ne pourrait-on pas expliquer ce phénomène par le grand âge de la malade? En effet, chez les vieillards, les organes reviennent un peu plus sur eux-mêmes; ils occupent moins de place dans les cavités que la nature a préparées pour les renfermer; dans les cavités abdominales, les organes diminuant de volume, peuvent permettre à une collection quelconque de s'y loger, sans augmenter pour cela le développement des parois abdominales. Dans le thorax, les poumons, le cœur souvent aussi, présentent un volume plus petit; nul doute que le cerveau ne subisse les mêmes modifications, et, dans ce cas, on devine aisément que ce phénomène peut permettre, jusqu'à un certain point, qu'une collection soit séreuse, soit sanguine, soit purulente, puisse exister dans cette cavité, puisse même y séjourner, sans déterminer une paralysie ou une hémiplégie, accidents inévitables, dans le cas où le cerveau aurait conservé ses proportions normales.

Nous avons vu que quand il se formait un caillot dans un des points du cerveau, la nature pouvait en préparer l'absorption; mais, dans le cas qui nous occupe, chez la femme de 82 ans, qui présentait un large caillot sanguin entre le crâne et la dure-mère, il n'était pas possible d'espérer que la nature travaillât efficacement à la réduction de ce caillot, et sa présence aurait toujours été, plus tôt ou plus tard, la cause de désordres dont il est difficile d'apprécier rigoureusement les conséquences.

15. Il y a à craindre, si le crachement du sang est suivi du crachement de pus.

15. Dans les percussions violentes du thorax, le blessé a souvent des hémoptysies fréquentes, abondantes, qui, malgré le régime le plus approprié à cet état pathologique, résistent très-longtemps à l'action de ce traitement; dans ce cas, à l'hémorrhagie succède bientôt une expectoration puriforme et même purulente. Cette expectoration est le résultat d'une altération du poumon qui reconnaît, pour cause, l'hémorrhagie primitive, ou plutôt l'hémorrhagie traumatique. Ainsi donc, une hémorrhagie, dans de pareilles circonstances, est toujours très-grave, et le pronostic sera très-fâcheux. Si l'on cite quelques sujets qui ont résisté à ces causes si actives de destruction, ils sont extrêmement rares, et dans la plupart des cas les blessés succomberont malgré tous les moyens employés pour prévenir une aussi triste terminaison. Mais le résultat d'une expectoration purulente est l'affaiblissement chaque jour croissant du sujet. C'est une destruction graduée jour par jour, c'est une véritable phthisie pulmonaire; que l'expectoration soit régulière, qu'elle soit de temps en temps suspendue, ou bien qu'elle soit totalement supprimée, ces nuances sont inévitables, dans le cours d'une maladie aussi longue,

mais elles offrent en général peu d'intérêt, car leur modification ne peut avoir aucune influence heureuse sur la marche de cette maladie longue, douloureuse, compliquée de sueurs abondantes, de diarrhées intermittentes, opiniâtres, toutes avant-coureurs de la fin réservée à ces sortes de sujets.

Ce principe, qui paraît basé sur des faits nombreux, présente des exceptions, d'autant plus extraordinaires, que les symptômes étaient extrêmement menaçants. En 1822 on apporta, à l'hôpital Cochin, un homme de trente ans qui avait fait une chute d'un deuxième étage sur le pavé. En arrivant à l'hôpital, il était tourmenté d'une toux qui était accompagnée d'une expectoration sanguinolente, le sang était vermeil, le pouls serré, petit, nerveux : la respiration était difficile. La percussion donnait du côté droit un son mat ; le côté gauche résonnait comme dans l'état normal ; du reste, le thorax exploré ne présenta de lésion, ni au sternum, ni aux côtes, ni aux cartilages qui soutiennent ces mêmes côtes. Le premier jour de son entrée, il fut saigné matin et soir ; il fut mis de plus à l'usage des boissons pectorales, à la diète la plus sévère. Le lendemain les deux saignées furent répétées et les mêmes boissons continuées ; le malade avait toujours la même difficulté de respirer, et se plaignait d'anxiétés ; mais les crachats n'étant plus teints de sang, je suspendis les évacuations sanguines, et continuai les mêmes boissons, y ajoutant un looch blanc et des potions légèrement opiacées. Le septième jour on lui donna un peu de bouillon, et chaque jour on ajouta à cette alimentation légère des moyens propres à réparer les forces qu'il avait perdues. Cependant il y avait toujours un peu de chaleur à la peau, et le pouls était toujours un peu dur, une expectoration muqueuse, peu abondante, était toujours produite par de petites quintes de toux. Cet état dura jusqu'au quinzième jour ; mais, à cette époque, des mouvements fébriles très-prononcés se développèrent ; la difficulté de respirer se renouvela, et l'état du malade parut s'aggraver d'une manière fâcheuse. Il éprouvait des quintes de toux fatigantes, sans expectoration ; ces quintes paraissaient plus fortes la nuit que le jour. Enfin, le dix-huitième jour au matin, après plusieurs accès de toux très-violents et très-prononcés, notre malade rendit, ou plutôt vomit, une quantité énorme de pus. Ce pus était de bonne nature. Sa couleur était jaune, sa consistance assez épaisse, son odeur n'était pas trop fétide, mais on peut aisément évaluer la quantité de cette suppuration à trois grands verres, puisque son crachoir fut deux fois rempli dans un très-court espace de temps.

A partir de ce moment, l'état du malade s'améliora ; le pouls devint souple, la respiration facile, l'appétit se prononça, et une nouvelle convalescence commença. On joignit, à un régime assez substantiel, une tasse de lait chaud et sucré, matin et soir. Grâce à ce régime, la chaleur dont se plaignait le malade, chaleur qui, disait-il, brûlait sa poitrine, diminua progressivement, et disparut dans l'espace de vingt à vingt-cinq jours.

Les forces se rétablirent bientôt d'une manière assez complète, pour lui permettre de sortir de l'hôpital. Depuis cette époque, ce blessé a toujours une assez bonne santé, et aujourd'hui même il se porte aussi bien qu'on peut le désirer, après avoir subi une maladie aussi grave.

Que s'est-il passé chez ce malade, et comment expliquer cette abondante suppuration qui a succédé à quelques jours de calme ? Nous devons croire, d'après le résultat définitif de cette maladie, que la suppuration n'a pas été fournie par le parenchyme du poumon, mais bien qu'elle s'est formée dans les parois d'un kyste organisé lui-même par des feuillets pseudo-membraneux, que ce kyste a été rompu par les accès répétés et rapprochés d'une toux fatigante ; que cette rupture a déterminé la formation d'une ouverture en rapport avec les ramifications bronchiques ; que c'est grâce à cette communication que la suppuration a trouvé un passage pour arriver jusqu'à la bouche, et pour s'échapper par flots en traversant la cavité buccale. Cette espèce de vomissement purulent a duré deux jours, il a été remplacé par une expectoration muco-purulente qui a persévéré pendant plusieurs mois, et elle n'a dû cesser, elle n'a cessé en effet, que quand les parois du kyste, se rapprochant par leur face interne, se sont réunies d'une manière intime, et ont, par cette réunion, mis fin à la possibilité d'une production mucoso-purulente, phénomène qui a terminé cette espèce d'expectoration. Le malade, depuis cette époque, a repris ses travaux, en conservant toutefois un état de faiblesse résultat inévitable d'une affection aussi grave, aussi profonde et aussi longue.

16. Si le crachement de pus est suivi de la phthisie et de la diarrhée, c'est un très-mauvais signe ; et si les crachats s'arrêtent, la mort survient.

16. Dans les plaies de poitrine avec lésion du parenchyme pulmonaire, le blessé, après avoir subi tous les symptômes et tous les dangers d'une pleurésie et d'une péripneumonie aiguë, a dû être affaibli par une expectoration sanguinolente, proportionnée à l'étendue de la lésion pulmonaire. A cette expectoration devra succéder l'expulsion d'une matière mucoso-purulente de plus ou moins longue durée ; quelquefois cette expectoration peut exister pendant plusieurs mois, et cependant ne pas compromettre l'existence du blessé ; celui-ci affaibli, et par les accidents primitifs, et par les accidents consécutifs, éprouve le besoin de réparer ses forces ; il désire les aliments qui jusque là ne lui ont été accordés qu'avec la plus grande réserve ; mais comme la plaie extérieure est guérie, la peau

a repris son état normal, car, jusque là le mouvement fébrile, irrégulier, de la chaleur à la peau, les sueurs même avaient persévéré, il avait fallu se tenir en garde contre l'augmentation de ces symptômes.

La position du malade étant améliorée, l'appareil gastro-intestinal présente un état satisfaisant; rien n'empêche donc d'accorder au blessé une nourriture chaque jour plus substantielle. A mesure que le malade récupère ses forces, son visage triste, abattu depuis son entrée à l'hôpital, reprend une nouvelle vie; il peut essayer un peu d'exercice, dont il était privé depuis si longtemps; les nuits, si agitées, si fatigantes naguère, sont calmes, paisibles; un sommeil réparateur vient chaque jour lui rendre une nouvelle énergie. La respiration devient de plus en plus facile, quoique un peu gênée; l'expectoration purulente se tarit enfin complétement, et pourtant l'état du blessé n'est pas empiré, au contraire, la convalescence marche sans entraves; il a bientôt récupéré la plénitude de ses forces. Mais la suppuration qu'on remarque chez les blessés diffère beaucoup de celle qu'on remarque chez les malades dont l'expectoration a été déterminée par une cause interne, pour ainsi dire organique; c'est parce qu'alors le parenchyme pulmonaire présentant, dans quelques points de son étendue, des ramollissements de tissu, des tubercules, fournit d'abord des hémorrhagies abondantes, successives, et qui sont les avant-coureurs d'une destruction bientôt mise en évidence par une expectoration purulente qui va toujours croissant, qui s'accompagne d'une fièvre lente, d'une fièvre hectique, de sueurs copieuses, de diarrhée, de dévoiements colliquatifs, de marasme, enfin de tous les symptômes qui annoncent une mort prochaine et inévitable. Nul doute que, dans cette circonstance, la mort ne soit due à une cause prédisposante bien évidente, savoir, ainsi que nous l'avons dit plus haut, à une maladie organique du poumon, qui, elle-même, était déterminée par la faiblesse générale de la constitution.

17. Le hoquet dans l'inflammation du foie est un signe dangereux.

17. Dans l'hépatite aiguë, déterminée par une cause interne ou par une cause externe, le diaphragme participe souvent à cet état inflammatoire, et c'est cette irritation qui produit le hoquet, toujours pénible et fatigant pour le malade. Mais ce symptôme n'est pas aussi effrayant que paraît le craindre Hippocrate : le hoquet n'est ici que symptomatique; pour peu que l'hépatite soit combattue promptement par de larges saignées générales et locales, par des boissons adoucissantes, par l'application de cataplasmes émollients sur l'hypochondre droit, des bains prolongés, des lavements émollients deux ou trois fois par jour, la diète la plus sévère; en un mot, le régime débilitant poussé à l'extrême, en obtenant la résolution de l'hépatite, fera disparaître le hoquet, et tout rentrera dans l'ordre. Si la maladie se termine par suppuration, le hoquet n'accompagnera pas cette seconde terminaison de la maladie; si l'inflammation produit l'induration, il ne sera plus question du hoquet; ainsi ce symptôme est beaucoup moins effrayant que ne le supposait l'auteur de l'aphorisme.

Le hoquet peut toutefois, rarement il est vrai, exister très-longtemps sans causer la mort du malade.

Une femme, de 34 ans, souffrait depuis cinq ou six mois d'une douleur qu'elle rapportait à la région hypochondriaque droite, douleur qui occupait un point fixe, invariable. On avait conseillé l'usage des boissons adoucissantes, gommeuses, calmantes, enfin toutes les modifications du traitement approprié à cette sorte d'affection. La malade avait d'ailleurs tous les signes d'une maladie du foie, caractérisée par un ictère constant, et qui offrait peu de variations dans son intensité. Elle éprouvait des hoquets le soir en se couchant, et le matin en se levant. Ces hoquets ont existé au même degré pendant plus d'un an. On avait aussi conseillé à cette malade l'exercice soit à cheval, soit à âne; ce dernier genre fut préféré, et chaque jour, un exercice à âne donnait à la malade la facilité de parcourir quelques lieues. Un mois environ après le commencement de cet exercice, l'âne heurta le pied contre une branche d'arbre, et lança la malade à quelques pas de lui. Elle tomba sur le côté droit, et cette chute détermina une douleur si violente, et la respiration devint à l'instant si difficile, qu'elle eut bientôt la crainte d'une suffocation. Arrivée chez elle, on fut obligé de la saigner deux fois dans les vingt-quatre heures. Cette saignée diminua l'intensité des douleurs éprouvées par la malade, et rendit son état plus supportable. Les douleurs devinrent plus fixes, plus fortes, plus pongitives; on recouvrit la région hypochondriaque d'un cataplasme de farine de graine de lin délayée dans une décoction de racine de guimauve et têtes de pavot; mais, en faisant le pansement, le jeune élève qui était chargé d'appliquer les cataplasmes crut apercevoir une tumeur assez prononcée et située au-dessous des côtes; il en avertit le chirurgien qui saignait la malade. Celui-ci constata aisément la présence de cette tumeur, qui était assez dure pour résister à la pression du doigt; toutefois, il conseilla l'emploi des émollients à l'intérieur et à l'extérieur, en se gardant bien de pratiquer une incision sur le point douloureux, se promettant d'ailleurs de ne recourir à cette incision qu'à la dernière extrémité. Remarquons toutefois que, bien que diminué, le hoquet se manifestait toujours par intervalle. Un mois environ après l'apparition de la tumeur, la peau qui la recouvrait s'enflamma dans l'étendue d'un pouce environ, présenta une légère saillie qui se détachait de la tumeur, et

pouvait offrir à peu près le volume d'une amande. Au sommet de cette saillie, quelques jours après, parut un petit point blanchâtre qui s'ouvrit bientôt spontanément; et à travers cette ouverture on vit s'échapper un peu de suppuration jaunâtre, un peu de bile, et une concrétion d'un jaune verdâtre, pyramidale, et présentant à peu près le volume des petites phalanges qui terminent les doigts. On introduisit un très-léger bourdonnet de charpie enduit de cérat dans cette ouverture, et l'on eut toujours recours aux cataplasmes émollients et narcotiques.

Le régime de la malade était adoucissant, calmant; aux boissons mucilagineuses et gommeuses on ajoutait seulement un peu de bouillon et un peu de fécule. Et malgré ses souffrances et la longueur de la maladie, elle conservait un peu de gaieté qui se manifestait par intervalle; car elle était habituellement plongée dans une tristesse profonde, tristesse qui appartenait à ses souffrances physiques sans doute, mais plus encore à des affections morales, à des chagrins violents et prolongés.

La concrétion pyramidale qui, comme nous l'avons dit plus haut, s'était échappée à travers l'ouverture spontanée, était toute bilieuse, facile à reconnaître, facile à apprécier par tous les caractères qui appartiennent à ces sortes de concrétions. N'oublions pas surtout que sa figure était comme pyramidale, qu'elle présentait plusieurs facettes, et que par conséquent cette conformation annonçait qu'elle n'existait pas seule dans la profondeur de la tumeur; car ces facettes ne pouvaient avoir été produites que par des frottements multipliés et déterminés par la présence de corps de la même espèce. Aussi, dix ou douze jours après la sortie de la première concrétion, une seconde fut trouvée sur les pièces d'appareil au moment du pansement. Elle avait à peu près les mêmes caractères et la même conformation que la première; enfin, de huit en huit ou de dix en dix jours à peu près, trente-deux concrétions de même espèce s'échappèrent successivement par la plaie dont on tenait toujours l'ouverture dilatée, et, après six mois environ d'un traitement douloureux, fatigant et débilitant, la petite plaie se ferma complétement, la convalescence commença à s'établir d'une manière assez heureuse pour être complétée au bout de deux mois.

Ce ne fut qu'après la sortie de la dernière concrétion que le hoquet, diminuant de jour en jour, cessa complétement.

Il me semble qu'il est impossible de ne pas accuser la persévérance du hoquet à la présence des calculs contenus dans la vésicule du fiel; car, ici, il est impossible d'admettre une autre supposition, puisque le foie lui-même ne paraissait pas avoir une grande part à l'état pathologique éprouvé par cette malade.

Que s'est-il donc passé chez la femme qui fait le sujet de cette observation? Deux causes très-remarquables paraissent avoir agi pour produire les phénomènes que nous avons successivement examinés : 1° Il fallait que des concrétions se fussent développées dans la cavité de la vésicule biliaire. Je serais fort tenté de croire que le développement de ces concrétions biliaires a été le résultat de longs chagrins, de peines profondes occasionnées par des pertes douloureuses. Ainsi, cette femme avait perdu successivement deux filles, l'espoir de sa vie; son frère avait péri misérablement, et l'on concevra aisément que ses jours, empoisonnés par de pareils malheurs, ont pu déterminer un état habituel de mélancolie qui a dû réagir fortement et constamment sur le foie.

A cette première cause de production, il fallait une autre cause, celle de percussion; celle-ci, nous la trouvons dans la chute faite par la malade, au moment où la vésicule du fiel, distendue par la présence des trente-deux corps étrangers qu'elle contenait, et enflammée par suite de cette percussion, a contracté par suite de cette inflammation des adhérences avec le péritoine et les enveloppes abdominales, adhérences sans lesquelles les jours de la malade eussent été compromis d'une manière imminente; adhérences qui seules peuvent expliquer comment ces corps étrangers ont pu se présenter heureusement au dehors. Mais il a fallu de plus toute la sagacité du chirurgien pour ne pas se presser de pratiquer une ouverture au premier signe de fluctuation qui s'est présenté, conduite dont le résultat était de favoriser de plus en plus les adhérences des parties profondes avec les parties superficielles, et qui par conséquent réunissait toutes les chances de succès et de salut en faveur de la malade.

Ce qu'il y a d'étonnant dans ce fait remarquable, c'est qu'une fois la maladie terminée, la convalescence a marché sans entraves, et pendant plus de vingt ans la malade n'éprouva aucun accident.

19. L'érysipèle, lorsqu'il y a dénudation de l'os, est un mauvais signe.

19. Pour que la dénudation d'un os soit produite par la marche et les progrès d'un érysipèle, il faut que cet érysipèle ait été compliqué d'un phlegmon profond, qui, après avoir envahi toutes les parties situées dans la région qu'il occupe, a compromis l'intégrité du périoste et en a déterminé la séparation, de manière que l'os se trouvant à nu, présente un état pathologique très-grave, qui souvent nécessite l'ablation de la partie qui en est le siége, et qui souvent encore établit la nécessité indispensable d'une amputation. Mais il ne faut pas accuser d'un tel désordre l'érysipèle seul, il faut que les tissus sous-jacents, y compris le périoste, aient été profondément lésés pendant la durée et les progrès de l'inflammation; car, l'éry-

sipèle sans cette complication se termine par une desquamation proportionnée à l'étendue du siége qu'il occupe.

Les érysipèles, comme toutes les maladies en général, se compliquent toujours, 1° d'un état général de la constitution du malade ; 2° du siége particulier qu'il occupe, et il présente, dans ce même siége, des résultats presque toujours identiques. Ainsi ces complications appartiennent plutôt à l'individu lui-même qu'à toutes les causes qui l'environnent. Examinons d'abord l'érysipèle établissant son siége sur les membres abdominaux ; car, après la face, les membres abdominaux sont, sans comparaison, plus que toutes les autres régions du corps, frappés par ces sortes d'affections. Très-souvent ces érysipèles sont déterminés par des causes externes, par des coups, des chutes, en un mot, par des percussions, quelles qu'en soient l'espèce et l'intensité. Ces érysipèles, chez les jeunes sujets d'une bonne constitution, ont une durée assez courte, et ils se terminent, en général, du dixième au quinzième jour, sans laisser aucune espèce de traces. Au contraire, chez les sujets faibles primitivement, chez les sujets exténués par de longues maladies, chez les vieillards surtout, l'érysipèle se complique aisément de phlegmons et d'abcès qui fournissent des suppurations longues et abondantes. Souvent même ces phlegmons se multiplient; ainsi il existe en ce moment, dans la salle Saint-Augustin, n° 5, à l'hôpital de la Charité, un malade âgé de soixante-deux ans, qui paraît parvenu, pour ainsi dire, au dernier degré de décrépitude. Cet homme, entré à l'hôpital pour un érysipèle qui occupait la face interne et inférieure de la jambe gauche, a présenté successivement un phlegmon à la région que nous venons d'indiquer, un second près de la malléole, un troisième à la face dorsale du pied, et enfin un quatrième, très-circonscrit à la vérité, sur le tendon d'Achille. Ces différents abcès, ouverts successivement, ont fourni une suppuration abondante, ayant une odeur fétide, fétidité qui accompagne toujours les différentes cachexies, surtout la cachexie sénile.

Il est inutile de dire que ce malade a été soumis à un régime fortifiant, à une alimentation aussi substantielle que possible ; mais les plaies marchent lentement, quoiqu'on les voie diminuer chaque jour d'étendue ; les progrès de la guérison seront lents, et la cicatrice se fera longtemps attendre. Cependant ce blessé n'a ni fièvre, ni sueur, ni dévoiement ; il n'éprouve en un mot aucun des accidents qui pourraient l'affaiblir ; ainsi, cet état fâcheux appartient uniquement et essentiellement à sa faiblesse constitutionnelle, et surtout à l'influence de l'âge avancé auquel il est parvenu.

Nous n'avons pas observé, chez ce blessé, un phénomène assez grave, et qui complique souvent les érysipèles phlegmoneux de la jambe et de l'avant-bras, car il existe une grande analogie entre les affections érysipélateuses qui occupent ces deux régions; nous n'avons point observé, dis-je, l'exfoliation de l'aponévrose qui enveloppe les muscles de la jambe; exfoliation facile à reconnaître, 1° par l'odeur *sui generis* qui appartient à la suppuration des tissus aponévrotiques; 2° à la sortie de productions ligamenteuses ou fibreuses qui s'échappent avec la suppuration, tantôt séparées complétement, tantôt, au contraire, fixées par des points d'attache assez étendus et assez nombreux.

Quand ces attaches existent, quelquefois un fragment aponévrotique vient se présenter à l'ouverture de la plaie, ferme en partie cette même ouverture, et suspend le cours de la suppuration. Pour peu qu'on exerce quelques tractions sur ce fragment, ou plutôt sur cette portion d'aponévrose qui tend à se détacher, aussitôt le pus s'échappe avec une grande facilité, parce que l'obstacle aponévrotique qui s'opposait à son issue a été enlevé par l'instrument destiné à opérer des tractions sur l'aponévrose, et aussitôt que celle-ci a été exfoliée en totalité, la plaie marche promptement vers la guérison, qui, dès lors, ne rencontre plus rien qui gêne sa marche, et, par conséquent, fait chaque jour des progrès rapides jusqu'à ce qu'elle soit complétée. Mais, pour peu que le foyer purulent conserve un débris, quelque petit qu'il soit, de cette aponévrose malade, il est impossible d'obtenir la guérison ; toujours un suintement purulent s'échappe à travers les lèvres de la plaie, ou plutôt à travers l'ouverture fistuleuse qui est le résultat, et de la durée prolongée de la maladie, et surtout de la présence du débris aponévrotique contenu dans un des points de son étendue.

On observe rarement l'érysipèle à la cuisse. Cet organe est plutôt le siége de phlegmons, 1° phlegmons simples, 2° phlegmons aigus, qui existent le plus souvent dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais qui ont aussi quelquefois leur siége dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique. Mais dans ce second cas, beaucoup plus grave que le premier, on doit remarquer que l'aponévrose fémorale n'est pas disposée à s'exfolier comme l'aponévrose qui environne les muscles de la jambe. Dans la cuisse, à la suite des phlegmons aigus, on ne rencontre qu'un seul foyer. Ici les abcès ne sont pas multiples comme nous les avons observés à la jambe. Nous parlons ici des abcès idiopathiques ; quant aux abcès symptomatiques, dont nous avons parlé dans un autre aphorisme, ils peuvent se manifester dans plusieurs points opposés ; on peut en apercevoir en même temps à la région supérieure, à la région moyenne et aux régions postérieures. Mais ces deux sortes d'abcès présentent des caractères tellement tranchés, qu'il serait inutile de nous occuper ici de leurs différences.

L'érysipèle qui occupe l'avant-bras est une ma-

ladie très-fréquente, le plus souvent le résultat d'une cause externe ; elle est souvent produite par des piqûres des doigts, de la paume de la main, de la face dorsale de cette même main, et du poignet.

On apporta à la salle Sainte-Rose une femme qui fut couchée au n° 2. Cette femme, âgée de 68 ans, d'un tempérament nerveux, très-maigre, présentait à l'avant-bras droit un érysipèle, suite d'une piqûre à l'index de la main droite.

Cet érysipèle existait depuis quatre jours, quand la malade entra à l'hôpital ; elle avait la fièvre, sa langue était sèche et rouge ; l'inappétence était complète. On devait regarder cet érysipèle comme compliqué d'une affection gastrique. L'érysipèle fut recouvert matin et soir avec un cataplasme émollient ; l'avant-bras fut plongé tous les matins dans un bain mucilagineux ; la malade fut mise à l'usage des boissons légèrement acidulées et à une diète sévère ; tous les soirs, on donna un lavement émollient. Pendant les quatre premiers jours, le traitement n'éprouva pas de modification, parce que les symptômes existaient toujours au même degré ; mais, le cinquième jour, trois petites tumeurs situées à la face dorsale de l'avant-bras, à d'assez grandes distances l'une de l'autre, présentèrent des points de fluctuation assez évidents pour me déterminer à en pratiquer sur-le-champ l'ouverture. En effet, ces trois incisions donnèrent passage à du pus de bonne qualité. De légers plumasseaux furent placés entre les lèvres de ces plaies pour empêcher leur réunion, et le cataplasme fut continué comme à l'ordinaire. Après l'ouverture de ces abcès, la fièvre diminua, la langue, de rouge qu'elle était, devint muqueuse, la peau moins chaude ; la malade demanda un peu de nourriture, et il lui fut accordé, à compter de ce jour, un peu de bouillon. Deux jours après, de petites tumeurs, offrant beaucoup d'analogie avec les premières, se montrèrent à la face palmaire de l'avant-bras ; même développement, même fluctuation : elles furent incisées, et un pus louable s'échappa à travers les ouvertures qui avaient été pratiquées. Le même pansement fut continué, et l'état de la malade parut s'améliorer d'une manière sensible ; les bouillons furent remplacés par des potages légers ; un peu de vin fut accordé à la malade pour remédier à son état de faiblesse. Tout alla bien jusqu'au quinzième jour ; mais, à cette époque, soit que la malade ait commis quelque imprudence en se gorgeant d'aliments, soit qu'une autre cause inconnue, physique ou morale, ait agi sur sa constitution, la tuméfaction de l'avant-bras augmenta dans toute son étendue ; l'inflammation occupa tous les tissus, de manière que nous vîmes bientôt des débris aponévrotiques se présenter à plusieurs ouvertures spontanées, qui permettaient à la suppuration une sortie facile, qui imbibait chaque matin, assez abondamment, les pièces de l'appareil. La fièvre s'était déclarée de nouveau avec des symptômes plus graves que la première fois ; les ouvertures spontanées de la peau que nous mentionnions il n'y a qu'un instant s'agrandirent sur plusieurs points, et il fut facile de voir à travers leur écartement les muscles dépouillés de leurs aponévroses, et réduits à un très-petit volume. La suppuration était abondante, soit à la face palmaire, soit à la face dorsale ; et voyant que la malade s'affaiblissait chaque jour, parce que la suppuration était trop considérable, je lui proposai l'amputation du bras comme seul moyen de tarir cette suppuration qui devait nécessairement déterminer la mort de la malade, si l'on n'avait pas recours à cette opération. Elle résista à ce conseil pendant plus de huit jours, et ce ne fut qu'à cette époque, c'est-à-dire trente-deux jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, que celle-ci demanda avec instance l'amputation.

Nous avions perdu un temps précieux, cette blessée était très-affaiblie, il restait très-peu de chances de salut ; néanmoins, comme sa perte était inévitable en abandonnant la maladie à sa marche et à sa terminaison évidente, et comme il pouvait exister un dixième de chance en faveur de la guérison, je consentis à pratiquer l'opération. La malade fut apportée à l'amphithéâtre, et l'opération fut faite avec une telle précision, qu'en deux minutes elle avait été opérée et pansée sans avoir perdu une cuillerée de sang ; car, chez les sujets exténués par l'âge, les douleurs ou la maladie, il faut avoir surtout la grande attention de prévenir toute espèce d'hémorrhagie, par conséquent d'établir une compression exacte sur les troncs artériels, faire le pansement aussi promptement que possible, et replacer de suite l'opérée dans son lit. La plaie, résultat de l'amputation, présentait un fond brunâtre, les muscles avaient été pour ainsi dire surinjectés, et la peau conservait assez de souplesse pour être amenée facilement de la face postérieure à la face antérieure, et réunie par première intention, à l'aide de bandelettes agglutinatives qui elles-mêmes étaient soutenues par un bandage roulé, peu serré, pour prévenir l'étranglement, et la malade placée dans son lit fut mise à l'usage des boissons antispasmodiques et calmantes. A la visite du soir, le moignon examiné ne présentait pas sur l'appareil une seule goutte de sang ; le pouls était faible, petit ; aussi donna-t-on quelques bouillons, afin de remédier à l'état de faiblesse résultant de cette affection déjà prolongée. A la visite du lendemain, la malade était assez calme, le pouls était un peu relevé ; mais le troisième jour, un dévoiement abondant se déclara ; il dura jusqu'au cinquième jour, époque à laquelle cette femme mourut, ou plutôt s'éteignit sans paraître éprouver aucune espèce de souffrance.

L'érysipèle établit son siége sur l'abdomen ou sur la poitrine. Celui qui occupe le plus souvent

cette dernière région, présente un caractère particulier que l'on n'observe dans aucun des points de l'économie animale. Il consiste en une espèce de ceinture d'un rouge vif, sur laquelle se trouvent disséminées des espèces de pustules, ayant quelque analogie avec la pustule vaccinale au septième jour. Tantôt, ce qui est assez rare, cette ceinture se développe autour de la circonférence du thorax, le plus souvent en occupe une partie plus ou moins étendue, et est accompagnée de douleurs et de gonflements des ganglions de l'aisselle droite ou gauche, et quelquefois des deux en même temps; mais quel que soit son développement, quelle que soit l'intensité de la couleur rouge qui l'accompagne, quel que soit le nombre des pustules qui s'élèvent de sa surface, ces pustules se déssèchent du huitième au douzième jour, soit avec, soit sans traitement. Le col, quelquefois, présente aussi des affections érysipélateuses, mais elles sont assez rares. Il n'en est pas de même de la face, qui est un des siéges les plus fréquents de cette affection. De la face, l'érysipèle s'étend bientôt au cuir chevelu, du cuir chevelu aux méninges, et cette complication est d'autant plus redoutable, qu'elle est souvent mortelle. Au mois de juin 1835, on apporta à la Charité un homme âgé de quarante-cinq ans, et qui était atteint d'un érysipèle à la face depuis quatre jours. Sa figure était très-tuméfiée, ses paupières gonflées; la peau qui recouvre le front était aussi envahie par la marche de l'érysipèle. Le malade fut saigné matin et soir; le lendemain il fut saigné deux fois. Enfin, le troisième jour, il subit encore deux saignées. Dans ces sortes d'affections, si redoutables par leurs complications possibles, il faut se hâter de répéter et de rapprocher les saignées, de manière à maîtriser le mouvement inflammatoire. Cependant cet érysipèle s'étendit de la face au cuir chevelu, et, après avoir produit un petit phlegmon abcédé, sur la paupière supérieure gauche, il détermina aussi la formation d'un abcès sous le cuir chevelu qui recouvre le côté gauche du coronal, lequel abcès fut ouvert immédiatement, ainsi que celui de la paupière supérieure. Ce dernier marcha rapidement à la cicatrisation, qui fut obtenue dans l'espace de douze jours. Le second abcès, au contraire, qui avait été incisé au moment où la fluctuation avait été évidente, suppura longuement, parce qu'il se trouvait entretenu par des portions membraniformes qui se détachaient de l'aponévrose épicrânienne, aponévrose qui formait autant de corps étrangers dans la profondeur de la plaie, et qui devait en retarder la guérison. Aussi celle-ci ne fut-elle obtenue que du trente-cinquième au quarantième jour de la maladie.

D'autres fois, disons-nous, l'érysipèle de la face porte son influence jusque sur les méninges, complication extrêmement grave, et très-souvent mortelle.

Au mois de juillet 1835, on apporta à la salle Saint-Augustin, un homme âgé de vingt-huit ans, musicien dans un des théâtres de la capitale. Ce malade, d'une constitution sèche, et qui nous a paru nerveuse à un haut degré, avait toute la face, depuis le menton jusqu'au front, envahi par un érysipèle violent, et qui était arrivé à son maximum de développement. A peine les paupières pouvaient-elles s'entr'ouvrir. Toute la peau était soulevée par un tissu cellulaire tuméfié outre mesure. Le malade, pour lequel on avait conseillé la saignée, se refusa à l'emploi de ce moyen. Il fut mis à l'usage de boissons légèrement acidulées, des lavements émollients, et à la diète la plus rigoureuse; des fomentations mucilagineuses furent appliquées sur la face, et renouvelées fréquemment. Le lendemain, l'état du malade parut s'aggraver; la saignée fut de nouveau prescrite et de nouveau repoussée. Le troisième jour, la maladie présentant des symptômes beaucoup plus graves, beaucoup plus alarmants, je dus insister sur la nécessité de recourir sur-le-champ à des saignées abondantes, le malade consentit à suivre mes conseils, ou plutôt mes ordres; car je le menaçai de le renvoyer chez lui, s'il persistait toujours à se refuser à l'emploi de la saignée. Dans la première évacuation sanguine, on obtint quatre palettes de sang. Le soir, on fit une saignée égale à la première, et, malgré ces évacuations abondantes, le malade eut dans la nuit beaucoup d'agitations, un peu de délire, et, à la visite du lendemain matin, je le trouvai abattu et tourmenté par une loquacité extraordinaire. La saignée fut répétée encore deux fois dans la journée; des boissons adoucissantes, des lavements un peu excitants furent employés à quelques heures d'intervalle, mais sans aucune espèce de résultat. L'état du malade était très-empiré; de la loquacité, de l'agitation, du calme et du coma, tels étaient les symptômes qui se succédaient tour à tour; enfin, le cinquième jour, à cinq heures du matin, le malade succomba.

A l'autopsie cadavérique, nous ne trouvâmes rien dans la cavité abdominale, rien dans la cavité thorachique, mais dans la cavité du crâne, nous vîmes la dure-mère parsemée à sa surface interne de petits points rougeâtres qui annonçaient une circulation sanguine exagérée. Nous trouvâmes de plus, au-dessous de cette face interne, une assez grande quantité de sérosité rougeâtre, résultat de l'inflammation de cette même membrane. Nous trouvâmes de plus, dans les ventricules latéraux, une sérosité limpide et assez abondante pour être appréciée à la quantité qui remplirait deux cuillerées à bouche. Certes, si une terminaison aussi fâcheuse a été la conséquence de l'érysipèle qui occupait principalement le visage, chez notre malade, il faut surtout en accuser l'indocilité ou plutôt la pusillanimité du blessé qui a perdu deux jours par sa propre volonté, et qui, par cette résistance, a donné à l'état inflammatoire la facilité de se propager jusqu'aux méninges, et de pro-

duire, par conséquent, la complication la plus fâcheuse et la plus redoutable dans une pareille circonstance.

Règle générale, toutes les fois qu'il existe une inflammation bien prononcée, soit du côté de l'abdomen, soit du côté du thorax, soit du côté de la face, soit du côté du cerveau, organe si essentiel pour favoriser nos fonctions de toute espèce, il faut de suite avoir recours à l'emploi des moyens évacuants, débilitants; et ici la saignée doit être placée en première ligne; elle doit être employée largement et promptement, on doit la répéter jusqu'à ce qu'on ait enlevé à la nature cet excès de force dont elle fait un si mauvais usage, qui compromettrait promptement l'existence du blessé si on n'arrêtait pas la marche de la maladie. Aussi la saignée est-elle le remède héroïque par excellence dans toutes les maladies du cerveau, des organes contenus dans les cavités thorachique, abdominale ou pelvienne quand ces affections sont produites par des causes externes, et qu'elles appartiennent par conséquent au domaine chirurgical.

20. C'est un mal très-grave, lorsque l'érysipèle est accompagné de putridité ou de suppuration.

20. L'érysipèle se terminant toujours par desquamation, ne présente jamais de suppuration, à moins qu'il n'ait été accompagné ou suivi d'un état phlegmoneux du tissu cellulaire sous-cutané; dans ce cas il se termine souvent par la gangrène, et cette gangrène en produisant la formation d'une escarre large, étendue dans toutes ses dimensions, escarre qui, en se séparant, laisse à nu une grande surface de parties molles et est une des causes de suppuration les plus abondantes, les plus rebelles et les plus fâcheuses sous tous les rapports; aux membres, elle amène presque toujours la nécessité d'une amputation, c'est ordinairement son siége le plus fréquent. Au dos, la destruction de la peau dans une grande étendue laisse une plaie difficile à cicatriser: mais je le répète, c'est plutôt aux membres qu'on voit se manifester ces érysipèles à large dimension, phénomène plus rare au tronc.

Quant aux érysipèles de la face et du cuir chevelu, il est rare qu'on les voit se terminer par la gangrène; mais le danger d'un pareil siége est le voisinage du cerveau souvent compromis pendant la marche de ces érysipèles qui, pour ainsi dire, dès leur début, se présentent d'une manière d'autant plus fâcheuse qu'ils sont souvent mortels; or, comme le danger qui menace le cerveau appartient à une cause essentiellement inflammatoire, il faut se hâter d'arrêter la marche de l'érysipèle par les anti-phlogistiques les plus prompts, les plus énergiques et les plus rapprochés.

Déjà dans un des aphorismes précédents, nous avons signalé non-seulement les caractères de l'érysipèle selon ses signes, ses complications par le phlegmon et la gangrène; mais nous avons surtout insisté d'une manière spéciale sur l'érysipèle de la face qui est d'autant plus redoutable qu'il envahit le front et le cuir chevelu qui recouvre le coronal; nous avons déjà dit que la moins fâcheuse de ses terminaisons était l'inflammation du tissu cellulaire qui unit les aponévroses épicrâniennes à la face postérieure du cuir chevelu; dans ce cas, nous avons fait remarquer que cette aponévrose souvent désorganisée par l'inflammation produisait un abcès profond, dont l'ouverture établie à l'aide d'un instrument tranchant livre passage non-seulement à une matière purulente, mais encore à des fragments de l'aponévrose épicrânienne qui entretiennent béantes pendant longtemps les ouvertures, souvent multiples, qui fovorisent l'issue de la suppuration; ce n'est que quand la dernière partie de cette aponévrose épicrânienne désorganisée a été portée au dehors par les efforts de la nature que la suppuration se tarit et que la cicatrice est obtenue d'une manière solide et permanente; mais cette espèce d'accident est loin d'offrir la gravité, le danger qui accompagne toujours l'inflammation des méninges, produite d'une manière directe par l'érysipèle, recouvrant le front et parvenant au cuir chevelu qui protége soit le coronal soit un des pariétaux; cette inflammation de proximité a pour ainsi dire bientôt envahi les méninges et le cerveau lui-même, de manière à compromettre promptement l'existence du blessé. Remarquons toutefois que ces complications, ces terminaisons frappent surtout les sujets dont le cerveau constamment agité, constamment tourmenté, offre toujours *un état d'éréthisme* funeste, présentant souvent dans tous les tempéraments et surtout dans les tempéraments nerveux des prédispositions fâcheuses qui donnent au cerveau la triste facilité d'être envahi promptement et dangereusement par toutes les causes qui viennent le frapper.

Ce n'est pas seulement dans l'érysipèle que nous observons ces phénomènes, on les voit surtout se développer dans les épidémies, surtout dans celles dont la marche est rapide, qui frappent à la fois un grand nombre d'individus, immole chaque jour beaucoup de victimes. Le cerveau, constamment tourmenté par la terreur, ne préside déjà plus que d'une manière imparfaite aux fonctions de l'économie animale; ces fonctions languissent et cette langueur porte dans toute l'économie un état de débilité qui met la constitution du sujet dans l'impossibilité de lutter avec succès contre un état pathologique un peu grave; aussi avons-nous remarqué souvent, à la suite d'un grand désastre éprouvé par nos armées, nos blessés, obligés de fuir sous le canon ennemi, inquiets pour eux, inquiets pour leurs amis entrés à l'hôpital dans un moment de stupeur, d'anéantissement, présenter des phénomènes très-graves; bientôt, leurs plaies

se compliquaient de fièvres nerveuses, de fièvres ataxiques qui les immolaient en quelques jours. Certes, c'est au travail de leur imagination qu'on devait attribuer de pareils désastres. Ne voit-on pas tous les jours dans les épidémies sporadiques qui semblent voyager d'un pays à l'autre en franchissant brusquement de grands espaces? ne voyons-nous pas tous les jours la terreur préparer les individus à l'invasion de cette terrible maladie? dans ce cas, comme chez nos blessés, nous voyons l'organe cérébral affaibli par les coups que lui a portés cette terreur favoriser non-seulement l'invasion de l'épidémie, mais encore, la compliquer de la manière la plus déplorable; et qu'on ne vienne pas nous dire que ce sont les constitutions faibles qui seules subissent cette influence. Les hommes les plus robustes, les constitutions les plus athlétiques, ont été elles-mêmes soumises à l'action de ses causes, le plus souvent elles ont été les victimes dans ces sortes d'épidémies; mais parmi toutes les causes, celle qui agit de la manière la plus puissante sur les populations, c'est la désertion des habitants les plus influants abandonnant leur domicile pur fuir le fléau qui frappe à la fois tous les âges, tous les sexes, toutes les conditions. Mais heureusement on n'a jamais pu reprocher une pareille désertion aux médecins, aux chirurgiens, placés en avant-garde dans le camp envahi par ces épidémies; en restant constamment à la brèche, ils prouvent à tous ceux qui les regardent que le danger, quoique grand, n'est pas au-dessus de leurs forces et de leur courage. Cet exemple toujours salutaire encourage les faibles, soutient les forts, et si quelques uns d'entre eux tombent victimes de leur zèle, de leurs efforts et de leur fatigue, ils emportent dans la tombe la reconnaissance de quelques uns et l'estime de tous. Toutefois, remarquons qu'ils ne sont point victimes d'une influence épidémique, mais bien des fatigues excessives qu'ils ont été obligés de subir et le jour et la nuit pour venir au secours de la douleur et des dangers qui menaçaient ou frappaient leurs compatriotes.

21. Dans les ulcères, l'hémorrhagie, qui est la suite de violentes pulsations, est d'un présage funeste.

21. Il n'est pas rare de voir pendant la marche de certains ulcères, des tubes artériels ramollis, et détruits livrer passage à une quantité de sang plus ou moins considérable qui constitue alors une véritable hémorrhagie artérielle; mais l'érosion plus ou moins longue qui a dû précéder la rupture des tuniques de l'artère devait être accompagnée des pulsations du tube artériel, dont l'intégrité a été compromise plus ou moins longtemps dans le point occupé par l'ulcère; dans de pareilles circonstances, il faut toujours se tenir en garde contre un accident de cette nature, il faut avoir toujours sous la main les moyens nécessaires pour arrêter cette hémorrhagie, qui, non combattue, serait bientôt mortelle.

Les tuniques artérielles offrent à l'état normal une résistance qui leur donne la possibilité de braver l'action des corps placés dans leur voisinage; alors il faut que la constitution du sujet soit intacte, et qu'elle présente les conditions de force qui appartiennent à l'état normal. Quand, au contraire, ces constitutions présentent un état de faiblesse qui appartient à un vice quelconque, vice scrofuleux, vice vénérien, vice scorbutique, le système artériel, du moins dans quelques uns de ses points, présente des modifications, ou des altérations, qui ne peuvent être attribuées qu'à l'influence des causes que nous venons d'indiquer. S'il est vrai que l'action des virus soit toujours identique, comment expliquera-t-on les variétés innombrables, et pour ainsi dire immenses, qu'on observe chaque jour dans la marche de ces affections? On ne peut attribuer ces différences qu'à l'état de la constitution atteinte par les mêmes virus. Ainsi, pour ne parler que du virus syphilitique, pourquoi, chez des soldats qui entrent en campagne, l'action de ce virus est-elle moins fâcheuse que chez les sujets qui ont été exténués par les fatigues inséparables d'une campagne longue, pénible et dangereuse? c'est parce que la constitution épuisée pour ainsi dire, offre au virus qui la frappe un état de débilité, telle que les ravages les plus inouïs, les plus extraordinaires, marchent toujours à la suite de l'action du virus syphilitique. Il n'est pas un seul chirurgien militaire qui n'ait eu souvent l'occasion de faire de pareilles observations. Chez des sujets scrofuleux, qui depuis longtemps portent des ulcérations qui occupent les différentes régions des membres thorachiques ou abdominaux, on est souvent obligé d'avoir recours à l'amputation, 1° parce que de grands désordres existent; 2° parce que les jours des blessés sont menacés. Quand la maladie dure depuis six mois, depuis un an, et souvent même depuis plus longtemps encore, les tissus celluleux, aponévrotique, musculeux, veineux, artériels, sont par cela même baignés par une sanie putride, qui a dû imprimer à ces différents tissus un état pathologique, approprié aux caractères et à l'organisation de chacun d'eux. L'altération la plus fréquente des tuniques artérielles dans ce cas est leur induration et leur friabilité. En effet, quand, dans une pareille circonstance, on a été obligé de recourir à l'amputation, on a toujours remarqué que les tuniques artérielles étaient devenues opaques, blanchâtres, friables. Nous insisterons surtout sur le mot friable, parce qu'il doit faire craindre au chirurgien que les ligatures appliquées sur les extrémités artérielles, qui présentent de telles conditions, ne puissent pas remplir le but qu'on se propose par leur application. On ne voit que trop souvent

ces ligatures opérer la section du tube artériel soumis à leur action ; la friabilité de l'artère ne lui permet pas de résister à la constriction, quelque légère qu'elle soit ; elle est bientôt coupée, et une hémorrhagie est le résultat inévitable de cette section. Dans les désorganisations scorbutiques, on doit, à plus forte raison, observer le même résultat. Aussi, est-il impossible de révoquer en doute l'exactitude de l'aphorisme précité.

L'affection rhumatismale produit souvent la formation de phlegmons qui, se terminant par suppuration, présentent des abcès plus ou moins étendus, qui peuvent occuper toutes les régions du corps, mais qui quelquefois aussi sont situés dans le voisinage d'un ou de plusieurs troncs artériels. L'affection rhumatismale est une maladie passagère, une maladie mobile qui, se déplaçant facilement, peut passer d'un point à un autre, souvent voisin, souvent très-éloigné, et par cela même peu redoutable pour établir un abcès de longue durée. Le rhumatisme, d'ailleurs, n'a pas la propriété d'altérer la constitution, d'altérer les tissus, d'altérer pour ainsi dire les organisations individuelles, ainsi que le fait le vice scrofuleux, le vice syphilitique, ou le vice cancéreux. Aussi ne voyons-nous pas dans ces affections, à la suite des suppurations qu'elles produisent, les tuniques artérielles s'altérer, se durcir et devenir friables ; elle conservent toujours leur intégrité, leur état normal, et dans le cas où, pour une carie menaçante du pied, du genou, de la main ou du coude, on serait obligé de pratiquer une amputation, on n'aurait pas à craindre la section du tube artériel par la constriction des ligatures ; car ces artères pourraient supporter impunément cette constriction, et le chirurgien, dans ce cas, pourrait bannir toute inquiétude relativement aux hémorrhagies consécutives ; son blessé n'aurait pas à redouter cette complication foudroyante, et la blessure suivrait probablement la marche régulière qu'on lui voit affecter après les amputations.

Si, dans de pareilles circonstances la ligature doit être inefficace, hypothèse d'autant plus fâcheuse qu'elle peut donner des espérances trompeuses, à plus forte raison, la torsion des artères doit être proscrite ; car, dans ce cas, elle déterminerait de suite la section du tube, dont la lésion ne peut pas être appréciée rigoureusement. Dans ce cas, le parti le plus sage serait de faire la ligature au-dessus de la plaie, en mettant l'artère à découvert dans une assez grande étendue, pour parvenir au point où les tuniques artérielles ont conservé leur intégrité.

22. La suppuration après une douleur ancienne du ventre est mortelle.

22. Lorsqu'une douleur située profondément dans le ventre, occupant un point fixe, douleur souvent déterminée par une percussion violente, douleur qui, dans son début, a été combattue par des saignées locales, abondantes, répétées et secondées par l'emploi de tous les moyens délayants ingérés dans l'estomac, ou administrés par l'anus, mais sans résultat bien appréciable, la ténacité de la douleur doit faire craindre une terminaison par suppuration. Or un foyer purulent dans la cavité abdominale, sans communication avec la surface extérieure, devient mortel, parce que, échappé du kyste qui le contenait, il produit presque toujours une péritonite aiguë, résultat des progrès de l'inflammation, qui était la cause déterminante de sa douleur, et qui dès son début, comme pendant sa durée, devait inspirer les plus grandes inquiétudes, qui n'étaient que trop fondées si l'on en juge d'après les terminaisons funestes de la maladie.

On voit assez souvent, à la suite de douleurs profondément établies, soit dans la région iliaque droite, soit dans région iliaque gauche, apparaître des abcès dont la présence d'abord obscure, se manifeste bientôt d'une manière assez évidente pour qu'il soit impossible de douter de leur existence. Ces abcès peuvent se terminer de différentes manières ; ou bien, on peut, à l'aide de l'instrument tranchant, établir une incision qui favorise l'issue du pus au dehors ; ou bien, le pus peut, en se répandant dans la cavité abdominale, déterminer une péritonite promptement mortelle ; ou bien, grâce à une érosion des tuniques intestinales pénétrant dans l'intestin, suivre le trajet des matières stercorales, et offrir par ce moyen la possibilité de voir tarir la collection purulente, et une guérison complète être le résultat de cette communication.

Il existe ici une grande analogie entre les phénomènes que nous venons d'indiquer et les phénomènes qui se présentent quelquefois dans les inflammations de la face postérieure du foie, entre les phénomènes qu'on observe aussi quelquefois quand une tumeur enkystée, contenant une collection purulente, a été par suite d'inflammation mise en contact avec une forte tunique d'une portion du gros intestin ; quand des adhérences simultanées et de la paroi postérieure du kyste, et de la face externe de l'intestin, ont favorisé une érosion des trois tuniques intestinales, de manière à permettre le passage de la matière purulente du kyste dans la cavité de l'intestin, et par conséquent la possibilité de vider cette poche, en permettant le rapprochement des parois internes de ce même kyste, parois dont l'adhérence ne laissant plus d'espace entre elles, tarit alors la source de la suppuration qu'elle contenait. Dans ce cas, on peut et on doit espérer une guérison plus ou moins longue à la vérité, mais qui n'en sera pas moins durable.

Quelles sont les causes qui peuvent déterminer la formation des abcès dans un point quelconque

de la cavité abdominale ? D'abord, il est impossible de donner une explication un peu plausible de la formation et de l'existence des kystes; nous n'avons pas de données sur les causes de leur développement, et, sur ce point, nous devons franchement avouer notre ignorance. Quant aux causes qui peuvent déterminer la formation de ces collections purulentes dans l'abdomen, en admettant l'action des causes internes, nous devons avouer que souvent ces causes nous échappent, et que très-souvent nous n'en pouvons soupçonner ni l'origine, ni l'influence.

Nous nous bornerons donc à parler des causes externes. Chaque jour, on voit ces causes agir sur les différents organes contenus dans la cavité abdominale, et produire des désordres proportionnés à la violence de la percussion. Nous ne parlerons pas de celles qui déterminent à l'instant même la rupture des vaisseaux qui rampent au-devant de la colonne vertébrale; le résultat de cette rupture est mortel, et on n'en reconnaît l'existence qu'à l'autopsie cadavérique; on peut l'annoncer néanmoins quand on connaît la cause vulnérante, et la mort rapide qui a suivi la percussion; mais l'action des causes externes est ordinairement beaucoup moins grave; elle détermine le plus souvent soit une inflammation passagère occupant un des organes contenus dans l'abdomen, soit une inflammation plus rebelle, plus prolongée, et qui produit la formation d'un abcès, qui peut suivre les diverses nuances de marches que nous avons signalées plus haut.

On peut, à l'appui des principes que nous venons d'établir, rapporter l'histoire d'un blessé placé à la Charité, salle Saint-Augustin, n° 17, pendant le mois de juillet 1835. Cet homme, âgé de 40 ans, d'un tempérament bilieux, maréchal ferrant de son état, avait reçu un coup de pied de cheval à la partie supérieure de la cuisse gauche, dans le voisinage de la région iliaque antérieure. Ce malade, d'ailleurs d'une forte constitution, présentait une ecchymose assez légère occupant la peau qui recouvre la région iliaque et la région supérieure et externe de la cuisse. Le pubis, l'os des hanches de ce côté, n'offraient pas de lésions; aucune apparence de fracture, et pourtant le malade se plaignait de vives douleurs. Trente sangsues furent appliquées sur le point douloureux; on appliqua un cataplasme qu'on renouvela deux fois par jour; des lavements émollients furent prescrits, et le malade fut mis à l'usage des boissons gommeuses. Le soir même, il eut une évacuation alvine mêlée d'un peu de sang; il se plaignait de douleurs profondes, lancinantes, occupant la région iliaque gauche et probablement les tuniques de l'*S* iliaque du colon. Les lavements de graine de lin et de têtes de pavot furent administrés matin et soir; les boissons gommeuses et la diète furent prescrites. Il y avait un peu d'amélioration dans le pouls; mais l'appareil gastro-intestinal ne paraissait pas offrir de lésions appréciables. Le troisième jour, le malade resta dans le bain aussi longtemps qu'il put le supporter; du quatrième au huitième jour, l'état du blessé présentait peu de changement; cependant, à compter du quatrième jour, il n'y avait plus de traces de sang dans les évacuations alvines; il y avait donc un peu d'amélioration. La douleur qui occupait la région iliaque offrait moins d'intensité, et alors il fut facile de voir une tuméfaction se manifester au-dehors, et présenter des signes obscurs de fluctuation. Ce fut à cette époque que le malade demanda un peu d'aliments; quelques jours auparavant, on avait permis quelques bouillons; le treizième jour, on ordonna un potage léger, et on prescrivit un bain dans lequel le blessé put rester une heure. Quand on le rapporta, il éprouva un bien-être remarquable. Du quatorzième au quinzième jour, la fluctuation devenant plus évidente, je plongeai un bistouri sur le milieu de la tumeur; je savais que j'avais à faire à une collection purulente. En effet, à peine la ponction fut-elle pratiquée, qu'un pus d'assez bonne nature s'élança à travers la piqûre; j'agrandis alors l'ouverture dans une étendue de six lignes, et la totalité du foyer purulent parut traverser cette ouverture; car la tuméfaction disparut complétement, et il ne fut pas possible de déprimer les téguments et de les rapprocher de la fosse iliaque interne. Je plaçai un bourdonnet enduit de cérat dans cette ouverture, qui conserva un intervalle assez considérable pour permettre une issue facile à la suppuration qui se formait chaque jour dans le fond du foyer.

A dater du moment où l'incision fut pratiquée, le blessé n'éprouva plus de douleurs; son appétit devint exigeant; il fut mis à l'usage des amers, à un régime alimentaire modérément nourricier, et bientôt ses forces se réparèrent; il put alors se promener au jardin, et, en moins de quinze jours, il eut récupéré la totalité de ses forces. Pendant ce temps, la suppuration diminuait de jour en jour, et enfin, au bout d'un mois, cinq semaines au plus, une cicatrice de bonne nature s'était établie; la santé du malade présentait un état aussi satisfaisant que possible, et il demanda son billet de sortie, en assurant qu'il était assez fort pour reprendre ses fonctions.

Il arrive quelquefois qu'une contusion violente dans cette même région détermine la formation d'une collection sanguine; mais cette collection se manifeste dans les vingt-quatre heures qui suivent la percussion. Dans ces collections, la fluctuation est extrêmement sensible; car le sang est liquide, et par conséquent présente les signes qui facilitent la sensation de cette fluctuation, qui caractérise essentiellement ces sortes de tumeurs. En effet, il n'a point existé de phlegmon, de travail inflammatoire; il est donc impossible que nous ayons à faire à une collection purulente. Mais une percussion a exercé son action sur cette

région ; le résultat a été le déchirement des vaisseaux sanguins qui laissent échapper assez de sang pour former un foyer : cette réunion dans ce foyer est reconnue par la fluctuation. Nous avons donc à faire nécessairement à une collection sanguine, collection dont il faut déterminer la sortie par une ponction ou par une incision assez large pour livrer passage à la masse sanguine ; car si on tardait à pratiquer cette ouverture, le sang se coagulerait, et ce caillot, produisant une inflammation du tissu cellulaire qui l'environne, produirait un abcès dont la durée serait proportionnée au désordre déterminé par le séjour prolongé de la collection sanguine sous les téguments de l'abdomen. Ainsi donc, dans ce dernier cas, il faut inciser de bonne heure, le plus tôt possible. Dans la collection purulente, au contraire, il faut attendre que la fluctuation soit bien manifeste et ce n'est que du douzième au quinzième jour qu'elle présente les circonstances favorables pour pratiquer la ponction ou l'incision qui, seules, peuvent procurer au malade un soulagement prompt, heureux avant-coureur de la guérison qu'il a le droit d'espérer.

23. C'est un mauvais signe lorsque la dyssenterie succède à des déjections de bile pure.

23. Chez les blessés, surtout en automne, saison qui exerce une influence sur la constitution, et particulièrement sur les constitutions faibles ou affaiblies, saison dans laquelle l'action est reportée de la circonférence au centre, il arrive souvent que ces mêmes blessés sont tourmentés de diarrhées, de dyssenteries qui succèdent à des évacuations essentiellement bilieuses, symptômes qui ne sont pas très-redoutables quand les blessés sont isolés ; mais pour peu qu'ils soient réunis en grand nombre, surtout dans les hôpitaux militaires, on voit bientôt les plaies se compliquer d'une manière très-grave, et le progrès de cette complication est tellement sensible, qu'on peut l'apprécier après chaque pansement : une plaie qui présentait toutes les circonstances favorables à la cicatrisation, dans laquelle un pus louable était préparé, dont les bords étaient affaissés, dont la surface rosée présentait des bourgeons charnus de bonne nature, change tout à coup d'aspect ; les bords se gonflent, la surface devient rouge, brunâtre, quelquefois grise, blanchâtre, et des douleurs vives occupent toute son étendue ; le pouls est petit, fébrile ; le facies décomposé ; la diarrhée, les sueurs fournissant des évacuations abondantes, affaiblissent chaque jour le blessé d'une manière remarquable. Chaque jour la plaie présente un aspect plus fâcheux, exhale une odeur nauséabonde, fétide, putride même ; cette complication fâcheuse connue sous le nom de *pourriture d'hôpital*, épargne peu de blessés, la plupart succombent au bout de huit, dix jours au plus. Les moyens de combattre cette affection si terrible consistent moins dans l'application des topiques sur la plaie, que dans l'administration d'un régime fortifiant à l'intérieur ; on se contentera d'arroser la surface de la plaie avec des préparations calmantes, que l'on combinera avec des lotions propres à neutraliser la fétidité de l'atmosphère qui environne le malade. A l'intérieur, on prescrira les amers, les boissons fortifiantes, l'usage d'un vin rouge vieux et généreux ; on aura soin surtout d'employer les moyens hygiéniques les plus propres à éloigner les causes débilitantes.

Pour réunir tous ces moyens propres à donner au blessé les forces capables de réparer les pertes qu'il a faites, il faut surtout agir sur son moral frappé profondément, et par les douleurs qu'il éprouve, et par le spectacle qui l'entoure.

Quand le succès couronne l'emploi de ces divers moyens, on voit la plaie présenter des conditions moins fâcheuses ; elle est un peu moins douloureuse de jour en jour ; elle perd sa teinte rouge, brune, pâle ou livide ; l'odeur qu'elle exhale est moins fétide, la peau perd de sa chaleur ; le pouls est moins fébricitant ; la dyssenterie est beaucoup moins fatigante ; le ténesme surtout produit beaucoup moins d'anxiété. Le facies du malade présente un meilleur aspect ; ses yeux s'animent ; on le voit parfois sourire ; il demande un peu de nourriture, qui ne lui est accordée qu'avec une grande parcimonie ; mais à mesure que l'estomac reprend l'usage de ses fonctions, l'alimentation est augmentée, et désormais la convalescence est assurée.

Cette complication si formidable, qui vient assaillir les blessés presque toujours à la fin de l'automne, qui les frappe pour ainsi dire en masse et qui exerce des ravages effroyables, cette complication, disons-nous, est-elle contagieuse ?

Avant de décider cette question, il faut examiner les antécédents qui vous diront : ces hommes ont vécu dans les mêmes circonstances, ils ont tous été exposés à de longues fatigues, à de longues privations ; souvent aussi ils ont commis des excès, surtout dans l'abus des aliments et des boissons ; leur constitution a été affaiblie, appauvrie, exténuée ; leur moral a été frappé profondément : ainsi, ils ont été environnés de toutes les circonstances qui pouvaient briser leurs forces physiques et leurs forces morales. La *pourriture d'hôpital* est pour ainsi dire un typhus local traumatique ; il est bien démontré aujourd'hui, il est bien évident pour tous les esprits sages, et qui appellent toujours à leur aide des faits positifs, que le typhus n'est pas contagieux. En effet, évacuez les soldats atteints de typhus dans un hôpital éloigné de 7 à 8 lieues de celui où ils avaient été recueillis, et vous verrez, qu'au lieu de porter cette maladie dans leur nouveau domicile, les symptômes typhoïdes diminueront, l'état de ces malades s'améliorera de jour en jour, et ils arriveront bientôt à une convalescence qui se consolidera, à moins qu'ils ne commettent une imprudence qui amène-

rait une recrudescence plus fâcheuse que leur première maladie.

Les partisans de la contagion s'appuient en vain sur les sujets morts après avoir donné des soins aux malades atteints des fièvres typhoïdes ; mais ces mortalités doivent être regardées comme le résultat des fatigues inséparables de ces temps de calamité ; l'affliction souvent, quelquefois la terreur, sont de puissants auxiliaires pour propager la maladie, qui peut bien frapper les sujets qui ont eu les mêmes antécédents, mais qui borne là sa triste puissance, tandis que les maladies contagieuses bravent tous les âges, tous les sexes, tous les antécédents dissemblables, sont transportées à des espaces immenses, agissent sur tous les points avec la même intensité, avec la même fureur. Ainsi la petite-vérole, maladie essentiellement contagieuse, produit les résultats que nous venons d'énumérer, et aucune barrière ne peut arrêter ses ravages, qui sont d'autant plus dangereux, que les sujets qu'elle atteint se trouvent dans des circonstances défavorables; car il ne faut pas oublier que ce fléau n'a qu'un pouvoir donné, et que les victimes qu'il immole doivent ce résultat plutôt à l'état vicié de leur organisation qu'à l'influence du virus contagieux. Cette vérité est confirmée tous les jours par des faits recueillis en masse sur des populations entières.

24. Dans la diacope du crâne, la stupeur ou le délire, si la blessure est pénétrante, est un signe mortel.

24. Dans un des aphorismes précédents, nous avons insisté surtout sur les dangers qui accompagnent particulièrement les plaies pénétrantes du crâne; nous pensons en avoir parlé assez longuement pour ne pas revenir ici sur une vérité établie d'une manière aussi exacte. Nous n'inscrivons celui-ci que pour mémoire, et comme venant à l'appui de ce que nous avons dit plus haut avec tous les détails que comportait l'importance du sujet.

Toutefois, dans les plaies de tête produites par une balle qui brise les os du crâne pour pénétrer dans la cavité encéphalique, on observe des phénomènes variés. Tantôt le blessé présente les signes d'un coma profond ; tantôt on remarque des mouvements nerveux, des mouvements convulsifs, qui vont toujours croissant jusqu'à la mort du sujet qui présente de pareils phénomènes. Mais quand le crâne a offert assez de résistance pour arrêter la balle entre sa face interne et la dure-mère, circonstance extrêmement rare, la chirurgie peut, à l'aide du trépan, enlever la portion du crâne fracturée, faire l'extraction de la balle et par conséquent réduire la blessure à un état de simplicité capable de préparer une guérison qui, pour se faire attendre, n'en est pas moins complète. Il est pourtant difficile de croire qu'à la suite de cette guérison, le cerveau ne conservera pas de traces plus ou moins profondes de la percussion violente qu'il a reçue; aussi, voit-on souvent chez ces sortes de sujets, tantôt la perte de la mémoire, tantôt un état d'affaiblissement intellectuel arrivant quelqufois jusqu'à l'idiotisme; tantôt on remarque des accès d'épilepsie ; d'autres fois, et c'est le phénomène le plus fréquent, des douleurs de tête extrêmement aiguës se représentent à des intervalles plus ou moins éloignés; elles sont souvent accompagnées d'un état fébrile, très-exalté, produisant de l'anxiété, de l'agitation, souvent des mouvements nerveux, et quelquefois même des fièvres cérébrales qui se terminent par un épanchement séreux dans la cavité du crâne, et par une mort plus ou moins prompte, précédée de convulsions fréquentes et prolongées jusqu'au dernier moment.

On cite quelques guérisons obtenues malgré le trajet d'une balle à travers le crâne ; j'avoue que j'ai peine à ajouter foi à de pareilles merveilles ; je serais plutôt tenté de croire que ces balles frappant la partie antérieure de la tête et sortant à la partie postérieure ont glissé sur le cuir chevelu, de manière à simuler un trajet direct du frontal à l'occipital, mais qui ne peut s'expliquer que par la supposition que je viens d'établir plus haut. Nous voyons se reproduire ici le phénomène que l'on observe dans les plaies de poitrine. Il arrive assez souvent que dans ces sortes de plaies, une balle frappant sur un des côtés du sternum, va sortir à la région postérieure, dans le voisinage de la colonne vertébrale, et, dans ce cas, on peut facilement croire que la balle a traversé directement, tandis qu'elle a glissé sur la convexité d'une des côtes, et a trouvé par la mobilité et la convexité de cette côte, le moyen de parcourir le trajet que nous avons indiqué; et certes, dans ce cas, la plaie n'est pas pénétrante. Aussi, dans la première supposition, il n'existe aucune lésion de l'organe encéphalique, et dans la seconde, aucune lésion des organes contenus dans la cavité thorachique.

25. La convulsion, après un purgatif, est mortelle.

25. Les purgatifs, portés dans le système digestif, peuvent exciter un état de spasme plus ou moins prononcé, sans déterminer la mort chez les sujets qui présentent ces phénomènes. En effet, on voit tous les jours l'empoisonnement qui détermine et des vomissements et des évacuations alvines très-abondantes, produire les syncopes et les convulsions qui cèdent à l'emploi des mucilagineux, des gommeux, des préparations opiacées, et qui finissent par disparaître sans laisser chez le malade d'autres traces qu'un état de faiblesse ou d'anéantissement qui se répare avec peine sans doute, mais qui pourtant prouve que de pareils phénomènes ne sont pas essentiellement mortels.

On apporta, en 1827, à l'hôpital Cochin, un serrurier âgé de vingt-sept ans, qui, dans un acte de désespoir, avait pris de l'arsenic en assez grande quantité pour mettre fin à ses jours. Le malade portait en même temps une large plaie dans la région inguinale gauche. Il entra à l'hôpital dix heures après avoir ingéré cette substance vénéneuse dans l'estomac : il se plaignait de douleurs extrêmement vives, non-seulement à la région épigastrique, mais encore dans tout l'abdomen. Il ne donna aucuns renseignements sur les circonstances antécédentes à son entrée. Il fut pansé pour la plaie que nous avons mentionnée, et, pour les douleurs qu'il accusait occuper la région abdominale, on employa d'abord les fomentations émollientes destinées à recouvrir tout l'abdomen; on prescrivit de plus les boissons mucilagineuses à haute dose, les lavements émollients et opiacés, toutes les heures.

Le malade eut des nausées, des vomissements, qui ne produisirent que l'expulsion de matières muqueuses légèrement teintes de bile; mais, à mesure que ces évacuations avaient lieu, les douleurs de la région ombilicale et hypogastrique augmentaient. Elles furent suivies de déjections alvines très-abondantes qui furent elles-mêmes accompagnées de spasmes nerveux et de mouvements convulsifs qui duraient quelquefois deux à trois minutes, et présentaient des interruptions de douze minutes et un quart d'heure environ. Le malade fut plongé dans le bain où il resta plus d'une heure. L'emploi de ce moyen procura un peu de calme, mais il ne fut pas de longue durée. Quand on le sortit du bain pour le reporter dans son lit, ces vomissements se suspendirent, mais les évacuations alvines parurent reprendre avec plus d'intensité, et déterminer des convulsions plus longues et plus rapprochées que les premières : cet état persista pendant trois jours environ. A cette époque, les symptômes s'amendèrent; le calme s'annonça par l'éloignement des convulsions, par leur moindre durée, et enfin, le cinquième jour l'état du malade fut assez satisfaisant pour qu'on pût permettre quelques bouillons. Dès ce moment, la convalescence s'annonça d'une manière heureuse, et dix jours après, le malade sortit de l'hôpital, guéri sous le rapport de l'affection de l'appareil gastro-intestinal, mais conservant encore une plaie assez large pour le traitement de laquelle il ne voulut pas prolonger plus longtemps son séjour à l'hôpital. Ce ne fut que le jour de sa sortie qu'il fit connaître la cause des accidents qu'il avait éprouvés; car, jusque là, il n'avait jamais voulu répondre aux questions qui lui avaient été adressées pour tâcher de connaître la nature des accidents, ou plutôt la cause des douleurs atroces qu'il éprouvait dans la cavité abdominale, et qu'on aurait pu prendre pour les produits d'un volvulus, si les évacuations alvines qu'il subissait pour ainsi dire d'heure en heure, n'avaient pas témoigné du contraire. Ainsi donc, après cette observation, il doit resté prouvé que les convulsions ne sont pas toujours mortelles, quoique déterminées par des purgatifs, et même par des causes beaucoup plus actives que les purgatifs. En effet, on concevrait difficilement comment dans ce cas, les convulsions détermineraient nécessairement la mort du malade, parce qu'il a éprouvé des évacuations alvines très-abondantes, évacuations qui ont toujours lieu au bénéfice de l'organe cérébral, qui, dans le cas de convulsions, est le plus souvent le point de départ des phénomènes qui se développent. Aussi, l'aphorisme précité présenterait-il, il me semble, beaucoup d'exactitude, s'il disait : Quand des convulsions sont suivies de vomissements et d'évacuations alvines abondantes, elles sont ordinairement mortelles; car, dans ce cas, c'est le cerveau qui a été frappé primitivement. Les vomissements et les évacuations alvines ne sont que le résultat de cette lésion cérébrale, donc il est impossible de calculer rigoureusement les dangers et les terminaisons, car, très-souvent, les progrès de cette lésion vont toujours croissant jusqu'à la mort du malade.

Mais, dans cette supposition, l'indication est précise; une affection cérébrale est évidente; c'est elle qui produit les accidents symptomatiques qu'on observe du côté du ventre, du côté de l'estomac et des intestins, c'est donc vers cette affection qu'il faut diriger toute notre attention. Aussi, devra-t-on conseiller de suite les saignées générales, les saignées locales, les lotions froides dirigées sur le front et les tempes, les boissons antispasmodiques, calmantes, les lavements anodins, les bains de pieds synapisés, les synapismes, les vésicatoires promenés sur les différents points des membres abdominaux. Souvent, malgré l'emploi d'un traitement aussi actif et aussi méthodique, le malade succombera, et ce sera une preuve de plus qui attestera que les affections cérébrales sont les plus graves, les plus menaçantes et les plus funestes de toutes les maladies.

26. Le froid des extrémités, dans les fortes douleurs de ventre, annonce du danger.

26. Dans les douleurs abdominales dont les causes sont si variées, il se présente souvent un état général d'éréthisme, d'excitation, qui est suivi de sueurs abondantes d'abord, puis des refrodissements des membres thorachiques et abdominaux, et surtout des pieds; mais ces refroidissements sont loin d'être redoutables. Dans la plupart des circonstances, ils cèdent à l'usage des boissons légèrement diaphorétiques, des boissons sudorifiques, à moins qu'ils ne soient produits par une maladie, ou plutôt par une affection grave qui dure depuis quelques jours, par une hernie étranglée. Dans ce cas chirurgical extrêmement grave, le point d'irritation, ou plutôt d'inflammation intense, qui occupe la région abdominale, appelle à lui toutes les for-

ces, et pour ainsi dire toute la chaleur de l'économie animale. Il n'est pas rare de voir le refroidissement des membres thorachiques et abdominaux, il n'est pas rare surtout d'observer le froid glacial des pieds; mais aussitôt que l'opération de la hernie est terminée, et dans de pareilles circonstances il faut toujours se hâter de la pratiquer, le blessé, qui présentait un refroidissement remarquable de toute la périphérie du corps, se trouve presque aussitôt dans de nouvelles conditions; la chaleur renaît peu à peu, et bientôt toute sensation de froid a disparu. Ce n'est que dans les cas où le malade a trop tardé à réclamer les secours de la chirurgie que ce froid de pieds continue jusqu'à la mort du sujet, parce qu'il est lui-même le produit d'une gangrène intestinale, gangrène qui ne complique que trop souvent des hernies étranglées, dont le danger serait nul si le malade avait consulté aussitôt que les premiers symptômes de cet étranglement se sont annoncés.

En 1825, je fus appelé au village de Bagneux, près Paris, pour un homme âgé de soixante-huit ans, qui depuis cinq jours avait une hernie inguinale droite, étranglée. Cet homme, d'une constitution vigoureuse, sanguine, cultivateur de son état, livré par conséquent aux travaux pénibles de la campagne, portait depuis son enfance une hernie inguinale droite : cette hernie était étranglée depuis cinq jours, et depuis trois, il vomissait les matières stercorales. Dès cette époque aussi, il éprouvait un refroidissement remarquable et des mains et des pieds, mais surtout des pieds.

Après avoir annoncé à la femme du malade tous les dangers que nous devions craindre, je proposai l'opération comme seul moyen de salut, en déclarant toutefois que nous avions très-peu de chance de succès, mais que sans l'emploi de ce moyen la mort de son mari était inévitable; elle consentit enfin à cette opération, et le malade la supporta avec beaucoup de courage. Après avoir incisé la peau et le sac herniaire, j'aperçus un peu d'épiploon et une anse intestinale considérable. Le sac était rempli d'une sanie rougeâtre et fétide. Je débridai l'anneau, et je réduisis l'intestin qui, quoique d'un brun noirâtre, présentait assez de résistance, et n'offrait d'ulcération sur aucun point de son étendue. Aussitôt que l'opération fut terminée, le malade, délivré des angoisses qu'il éprouvait depuis cinq jours, se trouva de suite transporté dans des conditions aussi favorables que possible; le froid extrême, dont il se plaignait dans les très-courts intervalles de tranquillité que la douleur lui laissait, diminua peu à peu, et enfin la chaleur cutanée revint à son état normal. Le froid de pieds céda à son tour, et tout rentra dans l'ordre à mesure que la convalescence se consolida. Depuis cette époque, cet opéré a joui d'une très-bonne santé.

Cinq jours d'attente dans un état pathologique aussi formidable me paraissaient d'autant plus fâcheux, que quelquefois au troisième jour la gangrène se manifeste; et certes, s'il est une affection chirurgicale dans laquelle on ne doive pas perdre une minute, c'est surtout dans le cas de hernie étranglée. Si, après l'opération, j'avais trouvé l'intestin gangréné, certes, le froid des extrémités, au lieu de diminuer, aurait toujours été en augmentant; et ce symptôme, toujours fâcheux dans une pareille circonstance, peut assez souvent aider à établir le diagnostic des affections abdominales qui ont leur siége dans un des points du tube intestinal.

Ainsi, par exemple, quand il existe des douleurs violentes, fixées dans un des points profonds de la cavité abdominale, il est souvent impossible de reconnaître le siége de ces maladies, malgré le soin extrême avec lequel on interroge les différentes régions de cette cavité. On ne trouve rien à la région épigastrique, d'ailleurs, si l'estomac était malade, son état pathologique serait bientôt mis en évidence par les phénomènes qui accompagnent ces lésions. Dans la région hypochondriaque droite, le foie a conservé son volume, ses dimensions; ses fonctions ne sont point troublées; par conséquent, il faut chercher ailleurs le siége des douleurs dont le malade se plaint. En poursuivant les recherches, le praticien rencontre, en comprimant les différents points de la région abdominale, un espace qui paraît être occupé par le siége de ces mêmes douleurs, dans le voisinage de l'ombilic, soit à droite, soit à gauche. Il n'existe point d'évacuations alvines; les lavements émollients, les boissons adoucissantes et mucilagineuses, les potions narcotiques, les fomentations émollientes ne produisent aucun résultat, et chaque jour les douleurs vont en augmentant; chaque jour les symptômes prennent un caractère de gravité beaucoup plus fâcheux. Point de sommeil; point de repos. La chaleur, qui dans le principe était augmentée, diminue peu à peu, fait place à un froid plus ou moins rigoureux qui occupe particulièrement les extrémités inférieures, et surtout les pieds, froid qui va toujours en augmentant jusqu'à la mort du malade, mort qui elle-même a été précédée de vomissements muqueux, bilieux et même stercoraux. A l'ouverture du cadavre, on trouve à la région qui avait été soupçonnée comme le siége essentiel des douleurs, une portion d'intestin gangrenée profondément, gangrène qui est le résultat d'un étranglement interne ou d'un volvulus. Nous voyons dans cette circonstance, comme dans toutes celles qui lui sont analogues, le froid des membres, et surtout le froid des pieds, annoncer pour ainsi dire à l'avance la profondeur, et surtout l'étendue du désordre qu'on devra rencontrer à l'autopsie cadavérique.

C'est surtout dans les lésions profondes de la cavité abdominale, qu'il existe souvent une obscurité difficile à pénétrer; aussi, dans ces circonstances, le praticien ne peut et ne doit jamais

s'éloigner du principe qui recommande de faire la guerre aux symptômes; et comme ici le premier symptôme est la douleur, ce sera contre elle que seront dirigés tous les moyens de l'art, malheureusement trop souvent impuissant, quand la nature muette ne vient point seconder l'effet de ces moyens. Aussi le malade succombe-t-il le plus souvent après avoir passé d'un état de souffrance intolérable à un état de calme apparent, qui s'annonce par un refroidissement général, puis par un froid glacial des extrémités, qui dans ce cas est toujours l'avant-coureur de la mort.

27. Le ténesme qui survient à une femme enceinte, fait naître la fausse couche.

27. Les femmes sont rarement atteintes de dysenterie ; leur régime alimentaire, leur vie presque toujours sédentaire, leurs habitudes, les mettent en général à l'abri des influences qui peuvent produire la dysenterie ; cependant elles peuvent, quoique rarement, être frappées de cette maladie, surtout dans la grossesse où la sensibilité est plus exquise que dans l'état de non-gestation. Le ténesme est un des caractères pathognomoniques de la dysenterie ; le ténesme, symptôme si fatigant chez tous les sujets, est plus fatigant encore chez la femme enceinte. Pour elle, dans ce cas, pas un instant de repos ; des douleurs aiguës, déchirantes, se succédant rapidement, ne laissent entre elles que de courts intervalles, et déterminent un état d'agacement, de contraction spasmodique, pour ainsi dire permanent dans tout le système musculaire. La matrice éprouve bientôt cet état de contraction, et comme il va croissant pour ainsi dire d'heure en heure, le produit de la conception est bientôt expulsé, et l'avortement produit. Rien n'est plus fréquent que cette terminaison, et rien non plus n'est plus facile à concevoir d'après l'acuité de la maladie et la gravité des symptômes qui l'accompagnent.

Un très-grand nombre de femmes, au début d'une grossesse, éprouvent des nausées, un ptyalisme plus ou moins fatigant, quelquefois des vomissements assez fréquents. Cet état essentiellement spasmodique produit par l'influence de l'utérus sur l'estomac, doit déterminer souvent l'affaiblissement de cet organe. De là, l'imperfection des digestions non-seulement de la part de l'organe gastrique, mais encore de la part du tube intestinal; car il est difficile que la muqueuse gastrique subisse une affection pathologique sans que cette affection soit bientôt transmise à la muqueuse de l'intestin.

Cette double altération dispose la femme à des digestions imparfaites, souvent à des diarrhées qui, par les évacuations multipliées qu'elles produisent, ajoutent à sa faiblesse, la tiennent constamment dans un état d'irritation et d'agacement capable à lui seul de réagir sur l'utérus, et d'en déterminer les contractions jusqu'à ce que le fœtus soit expulsé. Cet avortement peut être le résultat des douleurs modérées qui accompagnent les diarrhées ou les dévoiements ; à plus forte raison, cet avortement sera-t-il provoqué, quand la femme enceinte sera en proie aux douleurs lancinantes qui sont déterminées par le ténesme dans la dysenterie.

28. Lorsqu'un os, un cartilage, un nerf ou un tendon sont coupés, ces parties ne se régénèrent pas et ne forment point de réunion.

28. Cet aphorisme prouve qu'Hippocrate n'avait pas observé un très-grand nombre des affections dont il parle ici ; car les os, les cartilages et les tendons, quand ils ont été coupés, peuvent guérir par une réunion plus ou moins intime.

Chaque jour, on voit les os divisés par l'action d'un instrument tranchant offrir une réunion solide et complète. Dans une des salles de l'hôpital Saint-Pierre à Milan, se trouvait un maréchal-des-logis chef, du neuvième dragon, qui avait reçu un coup de sabre sur le coude gauche ; l'olécrane avait été séparé du cubitus; cette apophyse était entraînée en haut par le tendon du triceps brachial qui s'implante à son sommet ; en mettant l'avant-bras dans l'extension, et en déprimant l'olécrane, on obtenait facilement son application sur le point du cubitus qu'il avait abandonné, et on remarquait alors une conformation exacte et normale ; aussi cette extension fut-elle maintenue pendant deux mois, après lesquels la consolidation fut complète.

J'ai cru devoir prolonger aussi longtemps cette extension, parce que la réunion de ces sortes de solutions de continuité exigent un laps de temps beaucoup plus long que celles qui ont lieu dans le corps même du cubitus ; il en est de même dans la rotule, de même dans le calcaneum ; le travail de la consolidation ne peut s'obtenir, dans ces espèces toutes particulières de fractures, que par une substance fibreuse, dont le tissu très-dense et très-ferme produit une réunion solide des fragments ; mais la formation de cette substance fibreuse exige beaucoup plus de temps, toutes choses d'ailleurs égales, que la formation du cal ; mais quoi qu'en dise l'aphorisme, la réunion n'en existe pas moins avec tous les caractères d'une solidité parfaite.

29. Si une forte diarrhée survient dans la leucophlegmatie, elle guérit la maladie.

29. Dans la leucophlegmatie qui accompagne souvent une hydropisie ascite, lorsque la maladie est due à une cause ou plutôt à un état pathologique aigu, il arrive assez souvent qu'un régime légèrement tonique, légèrement stimulant, remé-

diant à l'état de faiblesse produite par une maladie longue, combat avec avantage ces symptômes évidents d'un affaiblissement général. Mais il est difficile de croire que la diarrhée, qui elle-même doit affaiblir encore davantage le sujet, puisse produire une guérison complète de la maladie primitive. Il est plus probable que les évacuations alvines multipliées, non seulement entretiendraient la leucophlegmatie, mais ajouteraient encore à la gravité de ces symptômes. Ce serait donc commettre une faute grave que de provoquer, que de déterminer de pareilles évacuations. Je pense qu'il faut, dans ce cas, suivre une conduite entièrement opposée, je pense qu'il faut prescrire un régime analeptique, un régime essentiellement fortifiant. Car on voit chaque jour, dans les hôpitaux, l'œdème des pieds, des jambes, des cuisses et de tout le tissu cellulaire sous-cutané, présenter des signes non équivoques de leucophlegmatie, chez des sujets qui ont été affaiblis par des suppurations abondantes, par un séjour prolongé dans des salles dont l'atmosphère est constamment chargée d'éléments plus ou moins délétères, qui d'ailleurs sont constamment environnés de causes, plus ou moins débilitantes ; et, chez ces sortes de sujets, dans de pareilles circonstances, ce qu'on doit craindre surtout, c'est la diarrhée; car elle aggraverait nécessairement leur état, et pourrait amener promptement un épuisement complet de leurs forces. Ces faits nous paraissent tellement démontrés, que nous n'insisterons pas davantage sur ce point.

Quand la leucophlegmatie est due à un état pathologique chronique, à un état d'engorgement, d'empâtement, de squirrhosité occupant un des organes contenus dans la cavité abdominale, ou bien un des organes contenus dans le thorax ; on voit, dans le premier cas, un épanchement de sérosité se manifester dans la cavité abdominale, et se joindre par conséquent plus ou moins promptement à l'infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-cutané occupant les différentes régions du corps. Dans le second cas, un épanchement séreux, établi progressivement dans les cavités thorachiques comprime les poumons et, s'opposant à leur dilatation, produit une difficulté de respirer habituelle, souvent des anxiétés pénibles, et bientôt des menaces de suffocation. Dans l'une et l'autre circonstance, l'emploi des purgatifs, employés dans le but d'établir une diarrhée ou des évacuations alvines abondantes, ne peut produire qu'un soulagement momentané, et leur emploi répété pourrait déterminer une imflammation de la muqueuse gastro-intestinale. qui rendrait l'état du malade beaucoup plus fâcheux.

Quand il existe une collection séreuse dans la cavité abdominale, à mesure qu'elle augmente en quantité, les téguments sont distendus outre mesure, et par l'effort qu'ils opposent à la masse du liquide, ils refoulent celui-ci vers le diaphragme, diminuent la capacité thorachique et, par conséquent, produisent de la gêne dans l'acte respiratoire, de l'oppression, de l'anxiété qui rendent la position du malade insupportable. C'est alors qu'on doit avoir recours à l'emploi d'un traitement palliatif, à la ponction faite à l'aide d'un trois-quart, dont la canule ne doit pas être trop forte, afin que l'expulsion de la sérosité, à travers cette canule, ne se fasse pas avec une trop grande rapidité. Cette opération procure immédiatement une amélioration très-sensible à l'état du malade, mais les symptômes d'un nouvel épanchement ne tardent pas à se manifester, et plus ou moins longtemps, après la première opération, on est obligé d'en pratiquer une deuxième, puis une troisième, enfin un nombre indéterminé. Ce qu'il y a de remarquable dans ces opérations successives, c'est que dans la première la sérosité qui s'échappe par la canule est ordinairement très-limpide, d'un jaune presque citrin, n'exhalant aucune odeur ; tandis que dans les opérations qui la suivront plus ou moins de près, cette sérosité paraît se décomposer d'autant plus que les ponctions ont été plus multipliées, en sorte que les dernières présentent quelquefois un aspect purulent. On attribue cette décomposition à l'influence de l'air qui, s'introduisant dans la cavité abdominale, agit sur toute la surface qui était baignée par la sérosité, détermine l'inflammation de cette surface, et partant la formation plus ou moins prompte d'une matière purulente qui finit par déterminer une fièvre lente, une fièvre hectique, un marasme plus ou moins rapide, et enfin la mort du malade.

On a conseillé, dans ces leucophlegmaties compliquées d'ascite, lorsque le malade présentait l'état d'anxiété que nous avons signalé plus haut, de pratiquer des incisions superficielles ou profondes à la face dorsale des pieds et dans le voisinage des malléoles, soit internes, soit externes ; mais l'emploi de ces moyens me paraît d'autant plus fâcheux, que les bords de cette incision s'enflamment et ne tardent pas même à être frappés de gangrène; une suppuration plus ou moins abondante s'établit, et vient, par conséquent, ajouter à la gravité et à la rapidité des symptômes qui menacent le blessé : il faut donc constamment proscrire l'emploi de pareils moyens. Dans cet état pathologique on voit aussi le scrotum acquérir un volume prodigieux, par suite de l'infiltration séreuse qui occupe le tissu cellulaire sous-scrotal. Les téguments de la verge acquièrent par la même cause un volume considérable. Ce développement appartient essentiellement à la peau qui recouvre la verge. Le gland est pour ainsi dire perdu dans ce développement anormal, qui présente des replis assez nombreux pour empêcher l'urine de s'échapper du canal de l'urèthre ; elle n'arrive qu'avec peine dans ce gonflement de la peau, dont l'ouverture est extrêmement rétrécie, et pour cette

raison, présente un obstacle assez puissant à l'écoulement du fluide urineux.

On a conseillé aussi, dans cette circonstance, de pratiquer des mouchetures sur différents points du scrotum ; mais ce procédé est d'autant plus fâcheux, que les plaies qui en résultent sont extrêmement sensibles, s'enflamment promptement, et se terminent bientôt par gangrène. Il faut donc se contenter dans de pareilles circonstances de pratiquer purement et simplement la ponction sur un des points de l'abdomen, en secondant l'emploi de ce moyen par les boissons apéritives, légèrement toniques, et dont le but est de soutenir les forces du malade, de les augmenter s'il est possible, dans l'espérance que la nature pourra elle-même faire des efforts, et employer des moyens plus puissants, plus efficaces que ceux qui sont à la disposition du praticien.

Quand la leucophlegmatie est compliquée d'un épanchement séreux, contenu dans la cavité de la poitrine, maladie connue sous le nom d'hydrothorax, on observe des symptômes beaucoup plus graves, beaucoup plus fâcheux, beaucoup plus menaçants que dans le cas où elle est compliquée d'ascite.

Dans ce cas de suffocation imminente, il faut avoir recours à l'opération de l'empyème, seul moyen de procurer un soulagement momentané au malade, qui ne peut pas résister longtemps aux progrès de cette maladie essentiellement mortelle.

Souvent la leucophlegmatie est chez les enfants le résultat d'un travail de dentition long et pénible ; aussi disparaît-elle quand ce travail est terminé, ou seulement suspendu par les efforts de la nature ; mais elle se reproduit bientôt quand le travail de la dentition se renouvelle, et je pense que, dans ce cas, si on voulait combattre la leucophlegmatie par l'emploi des purgatifs destinés à produire la diarrhée, on commettrait une faute grave, et qui ajouterait aux dangers qui menacent le malade.

La leucophlegmatie se manifeste aussi assez souvent chez les femmes enceintes ; ainsi chez ces sortes de sujets, non-seulement on observe l'infiltration des pieds, des jambes et des membres abdominaux, on rencontre aussi quelquefois l'infiltration séreuse des membres thorachiques, l'infiltration de la face, en un mot, tous les symptômes qui caractérisent la leucophlegmatie et qui persévèrent jusqu'au moment de l'accouchement. A cette époque, et presqu'aussitôt que le placenta a été extrait, les signes de cette affection diminueront de jour en jour pour disparaître bientôt complétement : certes, dans ce cas encore, on aurait eu tort de chercher à provoquer la diarrhée, qui à coup sûr n'aurait pas fait disparaître la leucophlegmatie.

35. Lorsque les urines se couvrent d'une couche grasse, épaisse, elles indiquent une affection des reins, et que la maladie est aiguë.

Dans un grand nombre de maladies aiguës, les urines offrent des variétés nombreuses, et qui ne dépendent pas du tout d'une affection néphrétique, car cette affection se manifeste constamment :

1° Par une douleur fixe occupant la région lombaire ;

2° Par la rétraction du cordon des vaisseaux spermatiques qui reporte le testicule vers l'anneau, en déterminant sur son trajet une sensation très-pénible pour le malade ;

3° Souvent un peu de sang est mêlé aux urines, et pourtant la vessie conserve son état d'intégrité, et n'éprouve pas la plus légère douleur en remplissant les fonctions qui lui sont dévolues.

Quand l'inflammation des reins produit des douleurs passagères, on lui donne vulgairement le nom de colique néphrétique. Mais quand elle persévère, on lui donne le nom de néphrite. Ces douleurs reconnaissent pour cause, ou un principe rhumatismal, ou quelques petits calculs.

Ou une inflammation franche et vive de la substance des reins, maladie fort rare.

Quand il s'agit de combattre l'influence d'une cause rhumatismale, la conduite du chirurgien est toute tracée :

1° Des saignées générales et locales ;

2° Des bains ;

3° Des cataplasmes émollients recouvrant largement les régions douloureuses ;

4° Des lavements émollients et même narcotiques ;

5° Des boissons gommeuses, mucilagineuses et même calmantes, la diète la plus rigoureuse ; et bientôt tous les symptômes de cette néphrite disparaissent sans laisser aucune trace de leur passage ; mais il faut, dans ce cas particulier, se tenir en garde contre les récidives qui sont très-fréquentes. N'oublions pas toutefois de remarquer ici qu'aux différents signes qui font reconnaître la néphrite rhumatismale il s'en joint un qu'on observe constamment, le malade éprouve toujours des nausées, des hoquets, et même des vomissements.

Dans le cas où la néphrite est déterminée par la présence de petits calculs développés dans les reins, quelquefois on observe un peu de sang colorant les urines, on remarque surtout que le point douloureux qui commence dans la région lombaire droite ou gauche s'étend, ou plutôt descend pour ainsi dire de la région lombaire dans la région iliaque, et que souvent la douleur que le malade éprouve alors est insupportable.

Cette douleur est elle-même produite par la marche que suit le petit calcul en s'échappant des reins pour parcourir l'uretère qui descend dans la région lombaire afin d'arriver dans la vessie ; quelquefois, mais ce phénomène est très-rare, le

calcul s'arrête dans un des points de l'uretère, y séjourne longues années, et par conséquent est une cause constante de souffrance pour les sujets qui présentent cette triste et rare exception; mais le plus souvent le calcul arrive dans la vessie pour en être expulsé, s'il est d'un petit volume, et le canal de l'urèthre assez dilatable pour lui livrer passage; dans le cas contraire, il séjourne dans la vessie et y produit les désordres qui appartiennent à la présence d'un corps étranger dans la cavité d'un organe doué d'une sensibilité exquise; comme sang mêlé à l'urine, douleur avant l'émission, douleur plus vive encore après l'émission des urines. C'est à cette époque surtout qu'on ne saurait trop recommander la lithotritie, car le calcul qui est trop volumineux pour franchir le col vésical et le canal de l'urèthre, ne l'est pourtant pas assez pour offrir une résistance considérable à l'action de l'instrument destiné à le briser. Cette opération à cette époque est peu douloureuse et ne peut produire aucun accident grave, et c'est pour ce double motif qu'il faut y recourir le plus tôt possible.

Quand l'inflammation des reins est franche, quand elle est idiopathique, on doit la traiter par tous les moyens antiphlogistiques que nous avons énumérés plus haut. Il faut surtout persévérer dans leur emploi jusqu'à ce que tous ces symptômes aient disparu et que le malade soit rendu à l'état du calme qui annonce une guérison complète. L'inflammation idiopathique du rein se termine quelquefois, mais très-rarement, par suppuration. Dans le premier cas cette suppuration pourra suivre l'uretère et se mêler à l'urine, et alors cette suppuration se précipitera dans le vase destiné à recevoir le liquide urineux; ce mélange pourra continuer plus ou moins longtemps sans empêcher le malade d'arriver à une guérison complète. Il est presque inutile de dire que dans cette terminaison il faudra continuer longtemps l'usage des boissons gommeuses, mucilagineuses; de plus l'on emploiera les moyens légèrement toniques afin de réparer les forces que le malade aura perdues pendant la marche d'une affection aussi longue, mais d'autres fois la néphrite idiopathique se terminera en produisant un foyer de suppuration dans la région lombaire occupée par le rein malade. Dans ce cas la substance du rein rompue sur le point qui n'est pas recouvert par le péritoine, laissera échapper la suppuration produite par l'inflammation dans le tissu cellulaire de la région lombaire, et, après un laps de temps plus ou moins long, il sera possible de reconnaître un point de fluctuation sur lequel il faudra plonger la pointe d'un bistouri pour favoriser l'issue de la suppuration et préparer la guérison du malade. On portera le doigt sur la sonde dans la profondeur du foyer, et si, à l'aide de cette exploration, on reconnaît la présence d'un corps étranger dans la cavité qui contenait la suppuration, il faut en faire l'extraction; c'est ordinairement un calcul plus ou moins volumineux qu'on rencontre dans une pareille circonstance; et une fois son extraction faite, la plaie se trouve réduite a un état de simplicité favorable à sa marche et à sa guérison. Quand on ne trouve aucun corps étranger dans le fond du foyer purulent, il faut se hâter de vider complétement ce foyer par des injections émollientes, renouvelées à chaque pansement, jusqu'à ce que la plaie soit entièrement cicatrisée. Quelquefois il existe un point fistuleux qui laisse échapper quelques gouttes d'urine mêlée à la suppuration, mais une compression modérée et augmentée chaque jour, finit par tarir cette source qui fournissait l'urine, et rien alors ne peut plus entraver la marche de la cicatrice, qui acquiert avec le temps la force nécessaire pour tranquilliser le malade en empêchant la récidive.

37. Le vomissement de sang, lorsqu'il est sans fièvre, peut être salutaire; mais avec de la fièvre, il est très-pernicieux. Il faut alors y remédier par les rafraîchissants et les astringents.

37. Quand un blessé, à la suite d'une percussion plus ou moins violente du thorax, est atteint de crachements de sang, il n'éprouve pas souvent de la fièvre, et pourtant cet accident est toujours très-grave; d'autres fois cependant les symptômes se simplifient, et une guérison plus ou moins prompte est le résultat du traitement employé, de la bonne constitution des malades, et surtout des ressources de la nature.

Dans les fractures des os qui constituent en partie les parois de la poitrine, il faut souvent s'occuper beaucoup moins de la fracture que des accidents qu'elle a produits. Ainsi, les fractures de la clavicule, du sternum et des côtes sont souvent, pour le praticien, l'objet d'un examen très-secondaire; tandis qu'on reportera toute son attention sur les complications qu'elles présentent très-fréquemment.

Au mois de décembre 1835, on apporta à l'hôpital de la Charité un homme qui fut placé salle Saint-Augustin, n° 17. Agé de 36 ans, d'une forte constitution, il était tombé la veille du haut d'un échafaud sur l'épaule gauche. Au premier examen, je reconnus facilement une fracture de la clavicule occupant le tiers postérieur de cet os; il existait peu de déplacement, mais l'épaule, très-tuméfiée, faisait éprouver au malade des douleurs très-vives. Le pouls était assez calme, et pourtant, à chaque expectoration qui était provoquée par une toux assez fatigante, le blessé crachait du sang pur et sans aucun mélange de matières muqueuses.

Je commençai par faire recouvrir l'épaule avec des cataplasmes émollients; je fis assujétir l'avant-bras dans une écharpe fixée d'une manière solide,

ayant le soin de ne pas employer le bandage de Dessault qui, en comprimant fortement la poitrine, aurait non-seulement augmenté la douleur dont se plaignait le blessé, mais aurait encore ajouté à la difficulté de respirer et à l'anxiété qu'il éprouvait.

Je conseillai de plus l'usage des saignées larges et répétées, des boissons délayantes et gommeuses, d'un julep légèrement calmant, et la diète la plus rigoureuse fut prescrite. Ce traitement, suivi pendant six jours, obtint les plus heureux résultats; les douleurs furent presque entièrement calmées; l'expectoration ne fut plus sanglante ni même sanguinolente, seulement l'épaule restait toujours gonflée et douloureuse. Les émollients furent appliqués constamment sur toute la région qui était le siége de ces douleurs; et, du dix-huitième au vingtième jour, le blessé se trouva si bien qu'il demanda à sortir de l'hôpital. Les fragments de la clavicule présentaient un degré de consolidation déjà assez avancé; il existait très-peu de déplacement, et pourtant ils n'avaient été maintenus en rapport que par le moyen de l'écharpe qui pouvait seule être employée dans une pareille circonstance, puisque la moindre pression aurait augmenté les douleurs déjà très-vives qui ne laissaient au malade aucun instant de repos; elle aurait pu produire aussi une inflammation plus vive du poumon, une fièvre plus ou moins aiguë, et tous les accidents qui marchent à la suite de pareilles affections.

Quelquefois la fracture des côtes, en déterminant une lésion du poumon, souvent même la seule percussion qui l'a produite, se trouve compliquée d'une expectoration sanguinolente; certes, dans ce cas, c'est moins la fracture de la côte qui doit exciter notre attention, que la lésion de l'organe pulmonaire.

Le bandage de corps destiné à rapprocher les fragments costaux, et à diminuer la possibilité de leur déplacement dans les mouvements alternatifs d'inspiration et d'expiration, ne sera pas assez serré pour augmenter la gêne de la respiration et l'anxiété inséparable de cet accident; ce n'est que quand les symptômes les plus aigus auront été combattus avec succès, qu'il faudra augmenter la pression exercée par le bandage de corps et les compresses immédiatement appliquées sur les fragments.

Quelquefois, la fracture produit non-seulement le crachement de sang, mais elle détermine une complication qui n'appartient qu'à l'appareil respiratoire, je veux dire l'emphysème. Cette complication s'annonce non-seulement par une difficulté de respirer, par un état d'anxiété, symptômes qui appartiennent à toutes les lésions du parenchyme pulmonaire, mais on remarque à la peau voisine du point où la fracture a été produite, une blancheur plus prononcée que dans les autres régions du système cutané. La peau est de plus soulevée inégalement dans une étendue plus ou moins considérable; en établissant avec l'extrémité des doigts une pression sur cette élévation, on entend un bruit particulier de crépitation qui dépend du choc des bulles d'air, qui sont poussées l'une contre l'autre par la pression exercée sur elles.

Cet emphysème annonce une lésion du parenchyme pulmonaire, et c'est à travers cette déchirure que l'air s'échappant dans le voisinage, se glisse dans le tissu cellulaire, ou distend le réseau, et continue sa marche jusqu'à ce qu'il soit parvenu à la peau dont il soulève le tissu par la réplétion aérienne du tissu cellulaire sous-cutané. Le blessé doit être soumis à un traitement antiphlogistique, à l'usage des boissons gommeuses et surtout calmantes, propres à diminuer les accidents que l'on doit redouter du côté de l'organe pulmonaire, et pendant que le blessé suit ce traitement, la plaie du poumon se cicatrise, le passage de l'air est intercepté par cette cicatrice, qui est ordinairement complète du huitième au dixième jour; l'emphysème diminue alors de jour en jour. La résorption de l'air s'observe ici comme celle d'un liquide séreux, sanguin ou même purulent; mais cette résorption est d'une innocuité complète et n'influe en rien sur les fonctions de l'économie animale.

Ainsi, dans un grand nombre de circonstances, on aura combattu à la fois et avec le même succès, et le crachement de sang et l'emphysème; pourtant, il ne faut pas le dissimuler, on rencontre quelquefois des sujets chez lesquels l'emphysème présente un genre de gravité très-inquiétant; dans ce cas, la plaie du poumon ne se cicatrise pas, et l'air continue toujours de pénétrer dans le tissu cellulaire avec lequel il se trouve en contact. La tuméfaction aérienne arrive à un degré tel, qu'il existe pour le malade menace d'une suffocation prochaine, si l'on ne diminue à l'instant même le volume d'air, cause de tout le désordre et de tout le danger. Le chirurgien ne doit pas hésiter un moment; il plongera le bistouri sur la partie moyenne de la peau distendue par l'air, et cette incision sera pratiquée sur le lieu le plus voisin de la fracture dont l'existence aura été facilement reconnue avant le développement de l'emphysème; car celui-ci serait un obstacle puissant et qui jetterait de l'incertitude dans les investigations qu'on établirait seulement à l'époque où tous les tissus sont pour ainsi dire envahis par la colonne d'air fournie constamment par la plaie pulmonaire.

Dans ce cas, on serait obligé de se contenter des signes rationnels puisés dans le récit du malade et dans les antécédents sur lesquels il pourrait donner le plus de détails.

Si, d'ailleurs la première incision ne remplissait pas le but qu'on se proposait d'obtenir, une deuxième et même une troisième incision pourraient être pratiquées avec d'autant moins d'inconvénients que la peau n'est point malade, n'est point enflammée, et que, dans ces circonstances, ces

sortes d'opérations ne sont pas très-douloureuses.

39. Si l'on rend par l'urèthre du sang pur et des grumeaux, et si l'on urine goutte à goutte, et que l'on ait de la douleur à l'hypogastre, au pubis et au périné, c'est signe de maladie à la vessie.

39. Quelquefois le sang qui se trouve mêlé aux urines vient du rein, et alors le malade n'éprouve pas de douleur en urinant; d'autres fois le sang mêlé aux urines est produit par la présence d'un ou de plusieurs petits calculs contenus dans la cavité vésicale qui irritent la muqueuse. L'irritation est quelquefois assez forte pour que les vaisseaux de cette membrane laissent échapper le sang qu'on trouve mélangé aux urines. Dans ce cas comme dans le premier, il n'y a pas maladie de l'organe vésical; mais lorsque le sang qui est expulsé avec les urines est accompagné de douleurs aiguës, pongitives, déchirantes, lorsque surtout les urines s'échappent goutte à goutte comme dans la strangurie, on doit craindre une maladie de la muqueuse vésicale. Ces craintes seront d'autant mieux fondées que les symptômes que nous indiquons ici ont déjà été précédés par un état de souffrance plus obscure, mais fixe, dans la région hypogastrique, ou plutôt dans la région pelvienne, et dans ce cas le pronostic sera très-fâcheux. Cet état de la muqueuse vésicale, pour peu qu'il persévère, au lieu d'être caractérisé par le mélange du sang avec le liquide urineux, le sera par un produit blanchâtre, albumineux, qui se précipitera au fond du vase. Cette affection chronique est d'autant plus rebelle que ces mêmes liquides, plus ou moins irritants, ajoutent encore à l'inflammation; ainsi la maladie va toujours croissant, jusqu'à ce que le malade ait succombé; alors on voit se développer chaque jour la série des symptômes qui accompagnent toutes les phthisies pulmonaires, tuberculeuse, hépatique, mésentérique, gastro-intestinale. Ici le malade succombe à une véritable phthisie vésicale.

On observe quelquefois, même chez de très-jeunes sujets, et à plus forte raison chez les vieillards, des urines laissant déposer au fond du vase un liquide blanchâtre, crêmeux, offrant une fétidité *sui generis* propre à caractériser le catarrhe vésical intense; dans ce cas, les douleurs sont continues, l'émission des urines n'a lieu qu'avec difficulté et en produisant des douleurs insupportables; et pourtant, cette affection n'est que symptomatique, elle n'est que le résultat de la présence d'un calcul.

Je fus un jour consulté par un homme de 60 ans; il éprouvait tous les symptômes que je viens d'énumérer; déjà il avait été sondé quatre ou cinq fois par des chirurgiens d'une grande réputation; ils n'avaient pas reconnu la présence du calcul. Quand je vis ce malade pour la première fois, je fus très-disposé à croire à l'existence d'une pierre dans sa vessie. D'après les différentes narrations qu'il me fit, il m'était impossible de croire à l'existence d'un catarrhe vésical, existant depuis trois ans, parce que je n'apercevais pas le caractère spécial qui indique une telle lésion. Son visage n'était pas décoloré, ses yeux n'étaient pas ternes, ses traits n'étaient pas affaissés, les lèvres avaient conservé leur teinte rosée; en un mot, je remarquai dans son facies les caractères qui sont détruits par un catarrhe vésical qui existe depuis longtemps, et d'après toutes ces observations, il m'était démontré d'avance qu'il devait exister un calcul dans un des points de la vessie. Toutefois, je ne lui en annonçai la présence qu'avec une extrême réserve, et je proposai au malade de le sonder aussitôt qu'il le voudrait. Il me pria d'attendre quelques jours, afin, disait-il, de pouvoir prendre des bains, des boissons mucilagineuses et calmantes, pour se préparer à une opération qu'il avait subie cinq fois inutilement, et qui lui avait occasionné de grandes douleurs sans aucun résultat. Je revins le troisième jour, et je trouvai le malade disposé à subir le cathétérisme; mais comme j'étais loin d'avoir la prétention d'être plus habile que les chirurgiens recommandables qui avaient déjà sondé le malade, je fis coucher celui-ci, de sorte que son bassin était élevé et l'abdomen placé sur un plan incliné, de manière à empêcher la masse intestinale de se porter sur la vessie et de la déprimer; j'introduisis la sonde très-facilement, et à l'instant même je reconnus la présence de la pierre, qui me parut présenter un volume assez considérable. Je proposai au malade l'opération de la taille par le haut appareil; il y consentit; l'opération fut pratiquée le 2 septembre 1823. La pierre fut facilement saisie, et l'extraction en fut peu douloureuse. Le malade, plein de courage et de patience, supporta cette opération avec un calme parfait; il n'éprouva pas le plus léger accident ni pendant ni après son opération. La plaie fut cicatrisée du vingt-cinq au trentième jour, et le malade put à cette époque se livrer à ses occupations habituelles, qui consistaient à travailler dans son cabinet sept à huit heures par jour. A compter de cette époque les urines reprirent leur caractère normal, et ses produits blanchâtres, muqueux, albumineux, qui existaient depuis plusieurs années, disparurent de jour en jour, en sorte que le malade expulsait ses urines non-seulement sans douleur, mais ce liquide présentait la couleur et la consistance; en un mot, tous les caractères qui appartiennent à l'urine d'un homme dont la vessie est rendue aux premières fonctions de son état normal. Il est évident ici que ces urines blanchâtres n'appartenaient pas à une maladie des reins, mais bien à un état pathologique de la muqueuse vésicale constamment agacée, irritée et tourmentée par la présence du calcul dans la cavité de la vessie.

40. Si la langue devient tout à coup immobile ou si quelque partie du corps tombe en paralysie, cela est occasionné par l'atrabile.

40. Chez les blessés on voit souvent, quand il a existé une commotion cérébrale un peu intense, le malade éprouver une grande difficulté, et souvent même l'impossibilité d'articuler les sons; mais dans ce cas, on doit attribuer le phénomène qui se présente à une lésion plus ou moins profonde du cerveau. Le siége de cette lésion doit être plus ou moins difficile à deviner, car il n'est pas possible d'admettre dans le cerveau des compartiments, ainsi que l'a fait le docteur Gall dans son système de phrénologie. Ce système fort ingénieux, fort spirituel, fort séduisant, disparaît devant un examen un peu rigoureux; en effet, comment concevoir l'idée de matérialiser, pour ainsi dire, l'intelligence et les différentes fractions de cette intelligence. Il vaut beaucoup mieux avouer avec franchise que la cause, que le siége d'un pareil désordre échappent à nos recherches, aux investigations les plus minutieuses et par dessus tout à notre conception. Mais, d'un autre côté, comment peut-on concevoir que l'atrabile puisse enfanter un pareil phénomène? L'atrabile, ou la bile noire, matière fluide, âcre, irritante, peut exalter la sensibilité générale, la tenir constamment en éveil, et produire, surtout sur le cerveau, une force d'activité pour ainsi dire infatigable, et qui semble entièrement en opposition avec toutes les causes qui peuvent produire la suspension de la parole ou le mutisme.

Cette disposition, ou plutôt cette exaltation cérébrale, pourra-t-elle produire la paralysie des membres thorachiques ou abdominaux? Mais il me semble qu'elle déterminerait plutôt le contraire, et qu'elle imprimerait des mouvements pour ainsi dire convulsifs au système musculaire. Ainsi, pour le mutisme comme pour la paralysie, il faut chercher une autre cause que celle de l'atrabile. Si une explication de ces différents phénomènes paraît probable, c'est surtout celle qui leur donne pour cause une compression, produite par la puissance d'un corps étranger, pénétrant dans le cerveau à travers les parois du crâne, ou bien, et c'est ce qu'on observe le plus fréquemment, la collection d'un liquide séreux, sanguin, purulent, comprime un des points du cerveau, ou plusieurs de ses points simultanément; quelquefois aussi les phénomènes peuvent être produits par le développement de tubercules occupant différents siéges dans l'organe encéphalique. Si c'est cette dernière cause qui produit la compression, elle sera invincible; les accidents iront chaque jour croissant jusqu'à ce que la mort du malade en soit le résultat. Si cette compression est due à une collection purulente, la terminaison devra aussi être funeste, et cette terminaison sera précédée d'un mouvement fébrile qui se manifestera, tantôt avec une modération trompeuse, tantôt avec des exacerbations menaçantes, et le plus souvent avec la série des symptômes qui accompagnent les fièvres nerveuses. Aucune médication ne peut alors arracher le blessé au danger qui le menace. Mais si cette compression est due à la présence d'une collection sanguine, collection qui survient quelquefois sans antécédent, sans que le malade ait été même averti par la plus légère douleur, par la plus légère inquiétude, on peut espérer que la nature établira des efforts salutaires pour opérer la résorption du caillot, parce que chaque jour de pareils résultats sont observés dans la pratique des hôpitaux; souvent aussi, il faut l'avouer, ces collections sanguines sont trop considérables, s'accroissent avec une telle rapidité, que le malade succombe promptement malgré le traitement le mieux dirigé dans de pareilles circonstances. Ici, nous le répétons, ces phénomènes se sont développés *ex abrupto*; ils n'avaient pas été précédés par des symptômes qui pussent inspirer la plus légère inquiétude, excepté des douleurs de tête; point de tintement d'oreilles, point d'éblouissements; en sorte qu'il était impossible de prévoir, et par conséquent de prédire l'irruption de pareils phénomènes pathologiques.

Il n'en est pas de même pour les collections séreuses; celles-ci ont toujours été précédées d'un état fébrile, accompagné de redoublements, trois, quatre, et même cinq fois, dans les vingt-quatre heures; elles ont été précédées de douleurs dans un des points du crâne; souvent on aura observé des mouvements nerveux et même convulsifs pendant la marche de cette affection, dont le caractère extrêmement aigu devra nécessiter l'emploi d'un régime antiphlogistique dirigé avec une grande énergie et une grande sévérité. Cette fièvre, qui a particulièrement son siége dans les méninges, est toujours accompagnée de douleurs violentes qui se représentent d'une manière intermittente, mais qui, dans ses moments d'exacerbation, arrachent aux malades des plaintes, des cris déchirants, dont on reconnaît facilement le caractère quand on a eu plusieurs fois l'occasion d'observer ces sortes d'affections. Le pouls est dur, serré, fréquent; la peau est chaude, le visage contracté. Un des symptômes qui caractérise le plus cette inflammation des méninges ou cette méningite, c'est une sensibilité extrême des yeux, qui cherchent toujours à éviter la lumière; car l'action de celle-ci produit une augmentation notable des douleurs. Aussi les malades ont-ils presque constamment les paupières fermées, afin de dérober le globe oculaire à l'action de la lumière solaire, mais surtout à celle de la lumière artificielle.

Ces méningites frappent plus particulièrement les enfants au moment de leur dentition : la pre-

mière époque de trois à sept ans, la seconde, de sept à douze. On la voit aussi se manifester chez les sujets de huit à vingt-deux ans, quand ceux-ci sont habituellement livrés à des études fortes, difficiles, et surtout prolongées; on en voit malheureusement tous les ans des exemples dans les maisons destinées à préparer les jeunes gens aux écoles normales, de Saint-Cyr, et surtout à l'École Polytechnique. C'est particulièrement chez ces sortes de sujets qu'on observe ces affections dans toute leur gravité; aussi est-il peu d'années où elles n'immolent quelques victimes. Jamais, ou presque jamais, on n'a observé la méningite chez les habitants de la campagne, et l'on concevra aisément cette exception quand on songera que, chez ces sortes de sujets, l'éducation peut bien fatiguer les forces physiques, mais elle laisse l'intelligence dans un état presque complet de repos, et, par conséquent, ne prépare aucun des éléments qui peuvent déterminer l'invasion de cette maladie.

Chez les femmes, cette affection est aussi assez rare, quoiqu'elles aient une imagination très-vive, très-exaltée; mais comme elle est en même temps très-mobile, elle exerce peu d'influence sur la production de cette affection. Toutefois on la rencontre quelquefois chez ces sortes de sujets; mais, en général, elle offre beaucoup moins de danger que chez les jeunes gens dont la volonté ferme, dont le travail opiniâtre et les efforts extraordinaires de travail, dont l'application soutenue sans interruption, élèvent la constitution tout entière à un état d'incandescence qui ne favorise que trop l'invasion d'une méningite dont la terminaison est presque toujours funeste. Il n'est pas même très-rare de voir dans de pareilles circonstances le tétanos venir se joindre aux autres symptômes de cette maladie, comme si ceux-ci n'étaient déjà pas plus que suffisants pour déterminer d'une manière prompte la mort du malade.

42. Si la fièvre n'est point occasionnée par la bile, des douches d'eau chaude sur la tête font cesser la fièvre.

42. Les blessés présentent toujours un état fébrile plus ou moins prononcé, et proportionné, à l'étendue de la plaie, à son siége, et surtout aux différentes causes qui la compliquent. Cet état fébrile s'empare aussi des sujets qui ont subi des opérations peu importantes, et quoiqu'on n'aperçoive chez ces malades aucun symptôme de bile, aucune complication bilieuse, certes les douches d'eau chaude sur la tête n'auraient pas la possibilité de faire cesser cette fièvre, et l'on tourmenterait vainement le malade si l'on voulait avoir recours à l'emploi d'un pareil moyen. Cette fièvre, dite traumatique, a une marche pour ainsi dire regulière dont on peut, dans la plupart des cas, assigner le début, les progrès et la terminaison. Le début a lieu vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'action de la cause vulnérante. Une douleur vive se manifeste dans la plaie et réagit bientôt sur toute l'économie animale; cette douleur est le résultat de la tuméfaction des tissus blessés, et elle a d'autant plus de force que ces tissus sont plus nombreux et plus étendus. Du deuxième au cinquième, sixième, et quelquefois septième et huitième jour, cette fièvre va toujours croissant jusqu'à ce que la suppuration, une fois bien établie, rende au siége de la blessure le calme qu'il avait perdu. La suppuration elle-même n'est que le produit de cette fièvre, et comme elle est chaque jour moins abondante, elle prouve que l'état fébrile lui-même diminue et que la guérison doit arriver à une époque donnée, sans que rien puisse entraver sa marche; nous supposons toutefois que le blessé suit un régime très-régulier, car s'il commettait le moindre excès, non-seulement la marche de la plaie serait entravée, mais elle serait encore compliquée de symptômes d'un mauvais caractère. Elle pourrait prendre l'aspect brunâtre, grisâtre, et enfin revêtir des caractères qui annoncent que la nature a reporté ailleurs tous ses efforts, toute son énergie. C'est surtout dans les hôpitaux qu'on a souvent l'occasion de voir ces tristes phénomènes : les malades, souvent livrés à des excès d'une alimentation indigeste qui leur est apportée par les *visiteurs*, sont souvent atteints d'une fièvre gastrique facile à reconnaître aux douleurs de tête violentes, à la rougeur très-prononcée de la langue, surtout sur ses bords et à sa pointe, à des nausées, à des vomissements, et de plus à une douleur située dans la région épigastrique; elle sera surtout reconnaissable au mauvais état de la plaie qui fournit une suppuration ichoreuse, de mauvaise nature, souvent fétide; résultat du désordre général qui existe dans toute l'économie; aussi la plaie ne peut-elle être considérée en ce moment que comme affection secondaire, et toute l'attention doit se diriger du côté de la gastrite ou de la gastro-entérite.

Que se passe-t-il donc dans cette circonstance? Nous avons déjà fait pressentir que l'estomac, le tube intestinal sous des points d'irritation, des points de fluxion qui appellent à eux toutes les forces dont la nature peut disposer, et c'est à cause de la direction que prennent ces forces, que la plaie abandonnée à elle-même, reste pour ainsi dire dans un état de langueur qui prolonge sa marche d'une manière presque indéfinie, et ce n'est que quand la fièvre gastrique aura été terminée, que la nature viendra reprendre le travail qu'elle avait abandonné ou plutôt suspendu pendant le cours de la maladie aiguë. Heureux le blessé qui dans de pareilles circonstances n'est pas la victime d'une résorption purulente, car elle arrive assez fréquemment, et quand un état fébrile, dont la cause est éloignée du siége de la plaie, se manifeste avec une certaine intensité, il est assez fréquent, disons-nous, de voir se dévelop-

per une fièvre de la plus haute gravité, une fièvre dite de résorption. Cette fièvre, accompagnée de redoublement, d'horripilation, de sueurs abondantes, de l'affaissement des traits de la face, de dévoiements fréquents, abondants et même colliquatifs, produit un marasme plus ou moins prononcé, souvent avant-coureur d'une terminaison funeste. Dans cette fièvre on observe des désordres dans presque toutes les fonctions. Du côté du cerveau, de l'agitation, des rêvasseries, souvent du délire; du côté de la poitrine, douleurs plus ou moins vives, profondes; respiration difficile, quelquefois accompagnée d'anxiété et même de menace de suffocation; dans l'abdomen, douleur à la région épigastrique : souvent des nausées et des vomissements. Dans les régions ombilicales et lombaires, des douleurs assez vives pour être exaltées à la plus légère pression, du dévoiement, accompagné de tous les symptômes indiqués plus haut. Du côté du foie, des nausées sans vomissements, des hoquets; et quand le malade a succombé à la série des symptômes que nous venons de signaler plus haut, on trouve quelquefois à l'autopsie cadavérique des foyers purulents, disséminés, pour ainsi dire, dans les différents points des diverses cavités, rarement, toutefois, dans le cerveau, mais plus souvent dans les poumons, dans les plèvres et les médiastins; quelquefois dans la cavité abdominale, soit à la partie supérieure, soit, ce qui arrive le plus fréquemment, dans les régions latérales, surtout dans les régions inférieures.

Si cette fièvre de résorption est produite quelquefois par des écarts de régime, elle l'est plus souvent encore par le moral du blessé, dont le cerveau, tourmenté, soit par le chagrin, soit par l'inquiétude qui ne lui laisse pas un moment de repos, soit par des mécomptes auxquels il était loin de s'attendre; on remarque alors un point d'excitation beaucoup plus actif, et par conséquent devant appeler vers lui toutes les forces de la nature, toute sa possibilité d'action; et dans ce cas, la plaie, abandonnée à elle-même, subit la même modification dont nous avons parlé plus haut, et peut aussi présenter les phénomènes que déjà nous avons fait connaître.

Après ces deux causes très-actives qui peuvent produire la fièvre de résorption, il en est une troisième, moins redoutable il est vrai, c'est l'action de l'air froid sur la surface de la plaie, c'est l'abondance de la suppuration séjournant sur des surfaces ulcérées; aussi doit-on recommander dans ces circonstances de préserver les plaies de l'action d'une atmosphère froide et humide, on doit recommander des pansements fréquents pour éviter le séjour de la suppuration, et surtout des lotions, des irrigations émollientes, chaudes, destinées à enlever la totalité de la suppuration, dont le séjour pourrait, ainsi que nous l'avons dit, être une cause active de la production de cette fièvre redoutable.

Il faudra de plus administrer à l'intérieur des moyens fortifiants pris dans les boissons amères et dans une alimentation bien ordonnée, et qui sera rendue chaque jour plus nutritive et plus succulente.

44. Après l'ouverture d'un abcès interne, soit par l'incision, soit par le caustique, lorsqu'il sort un pus blanc et sans mélange, les malades guérissent; mais si le pus est sanguinolent, bourbeux et fétide, les malades meurent.

44. La suppuration qui s'établit dans les cavités thorachiques ou abdominales, est surtout fâcheuse par le siége qu'elle occupe, et la chaleur de la suppuration est de très-peu d'importance dans une pareille occurrence. Le danger appartient surtout à l'espèce d'organe qui est le foyer de la collection purulente; mais pour avoir quelque chance de guérison, dans ces sortes d'affections, il faut que, préalablement, la nature ait déterminé des points d'adhérences entre le foyer et la surface de la peau. Une fois cette adhérence produite; une fois qu'il existe une communication facile de l'intérieur à l'extérieur, l'écoulement pouvant avoir lieu d'une manière complète, le foyer finit par se tarir, et la guérison, bien qu'elle se fasse attendre longtemps, n'en est ni moins sûre, ni moins solide. Mais c'est moins à la couleur, moins à la nature de la suppuration, qu'est dû le danger ou l'innocuité d'une pareille maladie; car ce que l'on doit craindre surtout, c'est sa stagnation forcée dans la cavité, ou son irruption dans les différents points de cette cavité.

Dans la poitrine les collections purulentes sont souvent le résultat d'une affection profonde du parenchyme pulmonaire, affection qui a été précédée par une inflammation vainement combattue par tous les moyens que l'art peut diriger contre de pareilles maladies. Souvent aussi, il faut le dire, le malade a consulté trop tard, et dans ce cas, un des côtés du thorax, contenant une quantité de suppuration plus ou moins considérable, produit une dyspnée, un état de suffocation plus ou moins imminent. Ici l'indication est évidente, une incision doit être pratiquée entre la sixième et septième côte. Le pus s'échappe à travers cette ouverture; le poumon se dilate à mesure que la cavité thorachique, du côté malade, se trouve délivrée de la suppuration qu'elle contenait. Le pus, dans ce cas, est d'un blanc-jaunâtre crémeux, et s'il se trouvait mélangé à un peu de sang liquide ou en caillot, ce ne serait pas une raison de croire que l'affection est pour cela plus grave; en entretenant dilatée, au moyen d'une tente ou d'un linge à séton, l'ouverture produite par l'opération, on facilitera l'issue complète de la suppuration, et le poumon pourra reprendre ses fonctions en se laissant dilater par l'air qui pénètre dans tous les points de son paren-

chyme. Si le poumon se cicatrise, grâce à l'emploi des moyens que nous avons indiqués, le malade verra son état s'améliorer de jour en jour, et arrivera à une guérison durable ; si, au contraire, le poumon continue à fournir la même quantité de suppuration, la fièvre lente, des sueurs abondantes, un dévoiement prolongé produiront un marasme complet, qui sera bientôt suivi d'une terminaison funeste.

Ce n'est donc point la couleur de la suppuration mais bien le siége de la lésion et surtout le caractère particulier de cette lésion, qui décideront de la gravité ou de l'innocuité de ces sortes d'abcès.

Quand ces collections purulentes ont été déterminées par une lésion du corps des vertèbres, elles sont toujours intarissables, et se terminent par la mort, précédée, ainsi que nous l'avons dit, par des symptômes qui préparent l'affaiblissement et le marasme du sujet frappé de cette cruelle affection. Ces abcès symptomatiques, quel que soit leur siége, car ils sont plus ou moins variés, tantôt ils occupent la cavité thorachique, tantôt la cavité abdominale, tantôt la cavité pelvienne, le plus souvent les régions inguinales supérieures et internes de la cuisse ; quelquefois les régions iliaques externes, voisines du grand trochanter ; ces abcès, disons-nous, sont constamment mortels, et pourtant, en les ouvrant, la suppuration qui s'échappe à travers l'incision est blanche, crémeuse, et n'offre aucun mélange de sang et de sanie. L'odeur qu'elle exhale n'offre pas un caractère de fétidité bien prononcé, c'est seulement quelques jours après l'ouverture de l'abcès, que la suppuration présente le mélange d'une sérosité verdâtre, d'une fétidité extrême, que les praticiens attribuent à l'influence de l'air introduit dans le foyer, qui parcourt rapidement son étendue et les divers points de son développement. Mais ici encore, comme dans les différents siéges que nous avons examinés successivement, le caractère fâcheux de cette maladie appartient essentiellement à la cause qui l'a produite à la lésion vertébrale.

45. Lorsqu'on a fait l'ouverture d'un abcès au foie, soit par l'incision, soit par le caustique, si le pus qui sort est pur et blanc, les malades en réchappent, car la matière était contenue dans un kyste; mais s'il coule un pus semblable à du marc d'huile, les malades meurent.

45. Lorsque dans l'hépatite aiguë qui exige toujours un traitement très-énergique, on n'obtient pas la résolution de cette inflammation, elle se termine souvent par suppuration, et dans cette terminaison, le siége du foyer purulent occupe la face profonde du foie, son centre ou sa face convexe. Dans le premier cas, l'ouverture spontanée du foyer déterminera un épanchement dans l'abdomen, et une péritonite sur-aiguë promptement mortelle. Dans le deuxième cas, le foyer purulent occupant le centre de l'organe hépatique, est la cause d'un désordre constant, sans intervalle, toujours accompagné d'une fièvre vive avec redoublement; la diarrhée, le dévoiement, des sueurs abondantes, la fièvre hectique, le marasme, termineront plus ou moins longuement ces cruels symptômes toujours au-dessus des ressources de l'art. Enfin, le foyer pourra occuper la face convexe du foie, et après des efforts multipliés, la nature aura pu, par des adhérences bien établies, préparer une communication facile du centre du foyer avec la surface de la peau. Un empâtement remarquable du système cutané dans cette région indiquera le lieu d'adhérence et l'endroit où existe la fluctuation ; quand celle-ci sera bien manifeste, on plongera un bistouri au centre du foyer. La suppuration qui s'échappera par cette ouverture sera d'abord d'un rouge foncé ayant une grande analogie avec la lie de vin, comparaison exacte ; mais ce liquide sera remplacé bientôt par une matière purulente blanchâtre, sans odeur, sans aucun des signes qui doivent faire craindre pour les jours du blessé ; au contraire, la marche de la maladie se simplifiera de jour en jour, et après un certain laps de temps, on obtiendra une cicatrice d'une bonne nature. Ainsi, dans les abcès du foie comme dans ceux dont nous avons déjà parlé, la couleur de la suppuration est assez différente ; il faut surtout avoir égard à la situation et à l'importance de l'organe qui est le siége de l'inflammation primitive et à la suppuration qui lui a succédé.

En 1809, je fus appelé pour donner des soins à un maréchal ferrant; cet homme, âgé de 34 ans, d'un tempérament sanguin, très-robuste et livré à des travaux fatigants pendant la chaleur du mois de juin, se plaignait de douleurs vives dans la région hypochondriaque droite ; ses yeux étaient étincelants, son visage animé, sa parole brève ; la peau était très-chaude, le pouls extrêmement dur et fréquent. De temps en temps, il éprouvait des nausées et des vomituritions ; je le saignai largement, et je répétai la saignée deux fois dans la même journée ; la région douloureuse fut recouverte par un cataplasme de farine de graine de lin délayée dans une décoction de racine de guimauve et de têtes de pavot; les boissons gommeuses furent données à larges doses ; les lavements émollients administrés de quatre en quatre heures; la diète la plus sévère fut prescrite. Le lendemain, deux nouvelles saignées de quatre palettes chacune furent faites, et les mêmes moyens continués ; aucun amendement dans les symptômes ; quarante sangsues furent appliquées sur le point douloureux, et quoique cette saignée locale fût très-abondante, l'état du malade ne s'améliorait pas. Au contraire, les symptômes allaient toujours croissant; enfin, du septième au huitième jour, les douleurs étaient excessives, déchirantes ; je remarquai au-dessous du rebord des côtes, que

j'examinais d'ailleurs tous les jours avec soin, une surface large à peu près comme la paume de la main, qui présentait un empâtement remarquable, et au centre, il me fut facile de découvrir un point de fluctuation qui me décida à pratiquer de suite une ponction exploratrice. A travers l'ouverture s'écoula une matière rougeâtre, épaisse, et ressemblant exactement à de la lie de vin exhalant peu ou point d'odeur. J'agrandis l'ouverture pour favoriser l'évacuation complète du foyer, et je tins cette ouverture dilatée au moyen d'une bandelette de linge semblable à celui qu'on emploie pour le pansement d'un séton. La plaie avait laissé échapper à peu près deux fortes cuillerées à bouche de suppuration présentant les caractères que j'ai indiqués. J'avais eu soin d'enduire la bandelette d'un cérat bien frais ; je recouvris la plaie d'un linge fenêtré, sur lequel je plaçai un gâteau de charpie qui fut maintenu à l'aide d'un bandage de corps. La nuit fut très-calme, et, dès le lendemain, le malade demandait des aliments ; au second pansement, la suppuration, moins rouge, était mêlée d'un peu de liquide blanchâtre ; ce ne fut qu'au cinquième jour que la suppuration fut tout à fait blanche et même un peu jaunâtre, et dès ce moment, l'état du malade devint chaque jour plus satisfaisant ; la guérison fut obtenue du vingt-sixième au vingt-neuvième jour, et un mois après, ce blessé avait repris son état. J'ai eu occasion de le revoir pendant plusieurs années, et toujours sa santé était d'autant meilleure, que ses forces ne laissaient rien à désirer.

Ainsi donc, la suppuration que fournit le foie n'est pas blanche primitivement, puisque chez ce malade, elle a présenté pendant les quatre premiers jours, d'abord un caractère très-tranché de lie de vin, et pendant les jours suivants, un mélange de couleur blanche et rouge offrant des nuances plus ou moins nombreuses, plus ou moins variées.

Il me paraît indispensable de faire remarquer ici que les inflammations du foie se terminent souvent aussi par des engorgements partiels de cet organe, qui préparent et établissent une affection chronique qui dispose le malade à un état moral triste, rêveur, inquiet, tendant surtout à une hypochondrie d'autant plus fâcheuse, que la cause qui la produit est au-dessus des moyens que l'on peut employer pour combattre son influence.

46. Dans les douleurs des yeux, après la boisson de vin pur, et des bains d'eau chaude, il faut saigner.

46. Ce mélange de moyens irritants et de moyens débilitants, appliqué au traitement de l'ophthalmie, nous paraît peu rationnel ; nous croyons avoir démontré jusqu'à l'évidence, dans un des aphorismes précédents, que les conseils donnés ici par Hippocrate sont tout à fait en opposition avec des principes sages, méthodiques et basés d'abord sur le simple raisonnement, mais surtout sur les observations nombreuses recueillies par les praticiens les plus instruits et les plus recommandables sous tous les rapports. Aussi n'insisterions-nous pas davantage sur l'interprétation de cet aphorisme, si cette maladie si fréquente, connue sous le nom d'ophthalmie, ne méritait pas autant d'intérêt ; mais c'est une de ces affections qu'on rencontre à tous les âges, dans tous les pays, et particulièrement sous certaines atmosphères. Dans tous les âges : l'enfance et la vieillesse sont souvent frappées par cette maladie. Ainsi, deux ou trois jours après sa naissance, l'enfant est atteint d'une ophthalmie ordinairement éphémère ; la vieillesse la plus avancée est souvent tourmentée par des ophthalmies chroniques. Mais quel que soit l'âge, quelle que soit la constitution qui présente ce genre d'affection, et quelle que soit même la cause qui la détermine, on doit établir trois siéges distincts qui sont frappés isolément ou simultanément par l'ophthalmie, et qui, par conséquent, offrent chacun un caractère particulier. Dans la première espèce d'ophthalmie à laquelle nous donnerons le nom de superficielle, la conjonctive, légèrement enflammée d'abord, fait éprouver au malade une sensation à peu près semblable à celle que produiraient des grains de sable, interposés entre la face postérieure des paupières et la face antérieure du globe oculaire. A cette douleur se joint une sécrétion de larmes beaucoup plus abondante qu'à l'état normal ; le liquide lacrymal plus ou moins irritant ajoute encore aux douleurs primitives. Le traitement consiste, dès le début de la maladie, à employer les moyens débilitants, par conséquent, les saignées générales et locales proportionnées aux forces du malade et surtout à l'intensité de la maladie. On joindra à ces évacuations sanguines des boissons délayantes, rafraîchissantes, gommeuses, des cataplasmes émollients constamment appliqués sur le globe oculaire malade, afin d'empêcher le contact de la lumière, soit solaire, soit artificielle ; la diète la plus rigoureuse sera prescrite jusqu'à ce que la maladie soit arrivée à son déclin, et, grâce à l'emploi de ce régime suivi exactement, la résolution a lieu ordinairement du huitième au dixième jour. Cette terminaison est annoncée d'abord par une diminution dans les douleurs, par une sensation de démangeaison plus ou moins constante, qui se manifeste toujours au moment où les symptômes inflammatoires diminuent. Enfin la conjonctive, qui avait été injectée plus ou moins fortement pendant les premiers jours, reprendra la couleur blanche qu'elle présente constamment dans son état normal. Mais cette ophthalmie du premier degré qui n'est point compliquée par des affections scrofuleuses, dartreuses, syphilitiques, et qui, par conséquent, paraît réduite à son plus

grand état de simplicité, ne se termine pas toujours si heureusement. Elle se prolonge plus ou moins longtemps, passe à un état chronique, qui produit un tel développement des vaisseaux de la conjonctive, que ceux-ci, perdant leur ressort, ne peuvent plus revenir sur eux-mêmes. Mais ces vaisseaux développés outre mesure forment autant de corps étrangers, qui perpétueraient d'une manière indéfinie l'ophthalmie si on ne faisait pas disparaître la cause qui la produit, c'est-à-dire l'état variqueux qu'on remarque sur toute l'étendue de la conjonctive. On a conseillé des applications nombreuses de stimulants, soit liquides, soit solides, pour combattre cet état variqueux. On a, dans le même but, conseillé l'application de vésicatoires, de sétons, de moxas, à la région postérieure du col. Mais que peuvent faire toutes ces applications pour délivrer l'œil de la présence d'un corps étranger? rien, absolument rien; le seul moyen de terminer cette maladie, c'est de pratiquer l'excision de ces vaisseaux sur les quatre points opposés de la surface antérieure de l'œil : ces excisions seront faites successivement et à l'instant même ; et la conjonctive, délivrée de la cause qui entretenait l'ophthalmie, reviendra bientôt à son état primitif, et la vision sera rétablie plus ou moins promptement, mais presque toujours d'une manière certaine.

Cette excision, à laquelle nous conseillons d'avoir recours pour le traitement de certaines ophthalmies chroniques entretenues par la présence de vaisseaux variqueux de la conjonctive, est quelquefois indispensable pour arrêter la marche très-aiguë d'une ophthalmie, dans laquelle la conjonctive développée rapidement forme une espèce d'anneau de deux à trois lignes de saillie, dans le centre duquel se trouve plongée la cornée transparente. Cet état d'acuité est extrêmement menaçant, et si l'art ne pouvait pas en triompher, l'organisation de l'œil serait bientôt compromise; il ne faut pas perdre un seul instant, et on doit pratiquer des incisions larges sur les différents points de cet anneau. Ainsi nous voyons que dans l'ophthalmie variqueuse toujours, que dans l'état d'acuité quelquefois, c'est-à-dire quand on apercevra les symptômes que nous venons d'indiquer, il faudra pratiquer l'excision du boursouflement de la conjonctive, si on veut arrêter la marche et les dangers de cette maladie.

L'ophthalmie du second degré présente bien, dès son début, un picotement ressemblant à celui qui serait produit par des grains de sable placés derrière les paupières, mais il se joint à ces phénomènes un symptôme caractéristique, un symptôme, pour ainsi dire, pathognomonique ; le malade éprouve des douleurs lancinantes, des douleurs déchirantes, semblables à celles qui seraient produites par un instrument à plusieurs lames, plongé dans le centre de l'œil, et dont les lames s'écarteraient à la fois pour le diviser. Cette deuxième espèce, beaucoup plus fâcheuse que la première, doit être combattue avec d'autant plus d'énergie que l'on doit craindre que cette affection ne soit longue, qu'elle ne se termine qu'incomplétement, en laissant sur la cornée transparente des taches blanchâtres, arrondies, plus ou moins étendues, et qui souvent persévèrent indéfiniment. Heureux, quand ces taches ne se trouvent pas au niveau de la pupille, soit sur ces bords, soit sur son centre.

Le troisième degré de l'ophthalmie envahit la totalité du globe oculaire ; non-seulement la conjonctive, mais la sclérotique, la choroïde, sont frappées profondément, et malgré le traitement le plus méthodique, l'œil est exposé à une désorganisation partielle ou complète ; et dans ce cas, le plus souvent, la vision est à jamais détruite. Cette terrible terminaison s'observe fréquemment dans les ophthalmies qui reconnaissent pour cause le virus variolique ; ce virus, dont les ravages sont si fâcheux, sont si funestes, chez les enfants faibles, dans les constitutions débilitées, et surtout chez les vieillards. Mais, grâce à la vaccine, cette espèce d'ophthalmie doit être à jamais proscrite ; car ils seraient bien coupables les parents qui négligeraient ce moyen pour prévenir l'invasion d'une variole, qui peut en quelques jours compromettre la vision et l'existence de leurs enfants.

Il est inutile de dire que les ophthalmies produites par les causes scrofuleuses, dartreuses et syphilitiques, seront combattues par des traitements spéciaux, qui sont indiqués et employés dans ces différentes circonstances.

Mais, nous le répétons comme un principe invariable, jamais on ne doit employer en même temps, dans ces affections, les toniques unis aux débilitants; ce serait le moyen d'aggraver ou d'éterniser les maladies.

48. La dysurie et la strangurie cèdent à la boisson de vin pur et à la saignée; mais il faut ouvrir les veines internes.

48. Déjà nous avons dans un des aphorismes précédents, réfuté le précepte émis dans celui-ci. La dysurie, la strangurie qui sont toujours accompagnées de douleurs avant, pendant, et surtout après l'émission des urines, seraient nécessairement aggravées par l'usage de boissons excitantes qui, dans cette double circonstance, deviendraient très-irritantes, augmenteraient rapidement le degré d'inflammation qui n'est déjà que trop manifeste. Recourir de bonne heure à de larges saignées et les rapprocher autant que l'exige l'intensité ou la persévérance de l'inflammation ; administrer des boissons délayantes, gommeuses et calmantes ; prescrire des lavements émollients répétés plusieurs fois dans les vingt-quatre heures ; tenir la région hypogastrique constamment recouverte par des cataplasmes de graines de lin délayées dans une

décoction de racines de guimauve et de têtes de pavots; plonger le malade dans des bains répétés, le mettre à une diète absolue, en un mot, recourir à tout ce qui peut diminuer l'état inflammatoire, voilà l'indication exclusive; le vin pur administré en boisson serait donc un contre-sens; ce serait plus, ce serait une faute extrêmement grave.

La dysurie peut présenter une marche aiguë ou chronique; dans la marche aiguë on suivra le traitement que nous venons d'indiquer; dans la marche chronique, il faudra étudier et reconnaître la cause de cette affection, qui peut appartenir soit à un état inflammatoire qui n'a pas été terminé d'une manière complète, soit à la présence de vaisseaux variqueux développés dans le voisinage du col vésical, soit à la présence d'un corps étranger dans la cavité de la vessie. Ainsi, par exemple, des graviers ou des calculs arrivant ordinairement des reins dans l'organe vésical après avoir suivi le trajet de l'uretère, dans le premier cas, on combattra l'état inflammatoire par des boissons apéritives, diaphorétiques, et même un peu excitantes, par des demi-bains dans de l'eau froide, par l'usage d'un régime légèrement fortifiant. Dans la pulpart de ces affections, le traitement doit être prolongé plus ou moins longtemps pour obtenir un heureux résultat. Enfin les douleurs diminuent de jour en jour sous l'influence de ce régime, et bientôt le malade recouvre la tranquillité, le calme, qu'il avait perdu depuis longtemps. Mais on doit toujours craindre qu'il ne survienne des récidives qui exigent à leur tour un traitement beaucoup plus long que celui qui a été employé pour combattre l'affection primitive.

Quand la dysurie est produite par la présence de vaisseaux variqueux développés dans le voisinage du col vésical, le malade éprouve bien des envies fréquentes d'uriner, des douleurs plus ou moins vives en satisfaisant ce besoin; mais on voit toujours une quantité plus ou moins grande de sang se mêler aux urines et se précipiter au fond du vase. Ici comme dans le cas précédent, on doit avoir recours aux boissons froides, aux demi-bains froids, aux lavements d'eau froide, et à l'emploi d'un régime légèrement fortifiant; c'est dans cette affection surtout qu'il faudra suivre le traitement avec une rare persévérance, et pourtant, malgré tous les moyens employés, la maladie résistera souvent d'une manière indéfinie; elle constituera alors une véritable infirmité. Cette affection se développe surtout chez les hommes livrés aux travaux du cabinet, chez ceux qui résistent longtemps au besoin d'uriner; elle se manifeste surtout chez les vieillards arrivés à un âge plus ou moins avancé.

La dysurie est souvent produite par la présence de graviers ou de petits calculs contenus dans l'intérieur de la vessie; mais cette affection a un caractère particulier facile à reconnaître par la seule narration du malade qui explique plus ou moins clairement les sensations qu'il éprouve. D'abord un sentiment de douleur avant d'uriner, pendant l'émission des urines et surtout après l'accomplissement de cette fonction; un phénomène particulier capable de caractériser à lui seul ce genre d'affection, c'est la suspension subite du jet urineux avant que toute l'urine ne soit évacuée; dans ce cas, cette suspension est évidemment produite par la présence du calcul qui, porté dans le col ou à la base du col vésical, remplit l'office d'obturateur, et arrête à l'instant même l'émission des urines qui, quelques secondes plus tard, peut être continuée avec facilité, parce que le calcul ayant abandonné le col de la vessie pour retomber dans sa cavité, cet organe laisse alors liberté complète à l'émission du liquide urineux.

Si ces signes, qui me paraissent pathognomoniques, laissaient encore quelque doute dans l'esprit du praticien, il devra recourir au cathétérisme; il reconnaîtra bientôt la présence des corps étrangers contenus dans la vessie, et cette présence, une fois constatée, fournira à l'instant même l'indication précise que le chirurgien doit remplir, si l'état physique et moral du sujet présentait les circonstances favorables au succès de l'opération à laquelle il faut recourir. Cette opération serait d'abord la lithotritie, et, dans le cas où elle échouerait, l'opération de la taille; mais grâce à l'emploi du cathétérisme, il sera facile de reconnaître la présence des calculs peu de temps après leur formation et par conséquent de prévenir un développement, en opérant de bonne heure le broiement de ces concrétions calculeuses qui s'échapperont par fragments, en suivant le canal de l'urètre à travers lequel ils sont entraînés par le jet urineux, qui sera, par cela même, le meilleur conducteur de ces corps étrangers. C'est à cette époque que les succès de la lithotritie seront surtout incontestables; c'est à cette époque qu'elle rendra les plus grands services aux malheureux qui, sans elle, seraient exposés plus tard à une opération extrêmement douloureuse et presque toujours accompagnée des plus grands dangers.

Dans ces trois différentes espèces de dysurie, par lesquelles nous voyons la sensibilité de la vessie exaltée à des degrés très-variés, il faudra proscrire l'usage des stimulants et des excitants, qui pourraient déterminer l'inflammation de la muqueuse d'une manière assez intense et assez profonde pour produire le catarrhe vésical, affection si douloureuse et si rebelle dont nous avons déjà eu occasion de parler, et sur laquelle nous ne reviendrons pas puisque ce sujet a été déjà traité avec les plus grands détails.

50. Ceux dont le cerveau est attaqué de sphacèle ou d'engorgement, meurent dans trois jours; s'ils passent ce terme, ils guérissent.

50. Il est difficile de concevoir comment l'au-

teur de cet aphorisme peut avancer qu'il y a un salut possible pour les malades ou blessés dont le cerveau a été frappé d'une désorganisation putride. Jamais ce phénomène ne peut permettre la plus légère espérance ; la source de la vie est tarie dans son principe, et la mort est nécessairement prochaine et inévitable.

53. Ceux à qui la saignée est bonne, doivent y avoir recours au printemps.

53. Pendant longtemps on se faisait saigner par habitude, et dans quelques pays, encore aujourd'hui, un assez grand nombre de personnes se font saigner au printemps. C'est un préjugé qui résiste aux raisonnements les mieux établis ; c'est, pour ainsi dire, un besoin moral, et ces sujets ne sont tranquilles que quand ils ont subi cette saignée qu'ils regardent comme un moyen de salut. Il en est de ce moyen comme de l'emploi des purgatifs ; pendant longtemps, et encore aujourd'hui, un assez grand nombre de sujets se croient obligés de se faire purger, et emploient un ou deux fois par an des purgatifs, et même des purgatifs actifs ; et pourtant ce n'est jamais impunément qu'on porte dans l'appareil intestinal des excitants qui amènent des diarrhées, des dévoiements, résultats de l'inflammation de la muqueuse. Espérons que le temps, plus puissant et plus heureux que les conseils des praticiens les plus honorables, triomphera de ces deux préjugés qui ont déjà résisté à l'influence de tant de siècles.

Non-seulement la saignée est une habitude fâcheuse pour le sujet qui y a recours à des époques données ; car le premier effet de cette évacuation est d'affaiblir ce sujet et de le prédisposer, par cet état de faiblesse, à l'invasion des maladies de la saison, ou bien à l'invasion de la maladie qui règne quelquefois en certains pays, dans différentes saisons de l'année. Tout le monde sait que dans certaines régions du Midi qui sont exposées aux influences de l'air humide des rivières, des marais, des tourbières, les habitants sont souvent frappés par des fièvres intermittentes plus ou moins intenses, plus ou moins rebelles ; ces maladies atteignent rarement les hommes d'une constitution forte, vigoureuse, suivant un régime tonique, et par conséquent, employant tous les moyens qui sont à leur disposition pour conserver et même augmenter leurs forces. Or, si ce fait a été constamment observé, s'il est, comme j'en suis convaincu, incontestable, il serait bien imprudent l'habitant de ces régions qui emploierait, par pure fantaisie, les saignées abondantes, régulières, qui le prédisposeraient nécessairement d'une manière très-directe à l'invasion des maladies dont nous venons de parler ; et chez le sujet que ces affections trouveraient dans ces dispositions, elles seraient plus violentes et plus rebelles que chez ceux qui n'auraient pas employé un tel moyen d'affaiblissement.

Il en sera de même des purgatifs ; ils détermineront aussi un affaiblissement plus ou moins grand de l'économie animale, puisqu'ils auront fatigué la muqueuse gastro-intestinale, chargée de réparer chaque jour les pertes auxquelles le corps est exposé, et ces pertes ne peuvent être réparées que par des digestions parfaites, et il est difficile d'espérer un tel résultat ; quand cette muqueuse, après avoir été surexcitée, tombera dans un état de faiblesse et de relâchement qui la mettra dans l'impossibilité d'exécuter les fonctions auxquelles elle est destinée. Trop heureux encore le sujet qui, dans de pareilles circonstances, ne sera point atteint de dévoiement, de diarrhées ou de gastro-entérite, plus ou moins intense, et dont la terminaison la plus favorable condamnera le malade à une convalescence longue, souvent pénible, et plus souvent encore entravée par des récidives qui peuvent préparer pour l'avenir un état pathologique chronique de l'appareil gastro-intestinal ; quelquefois même ces purgatifs produisent, pour quelque temps au moins, un état de ténesme fatigant, et qui produit dans la muqueuse rectale une sensation de déchirement qui ne peut être modérée qu'avec peine, et par les boissons gommeuses, et par les boissons calmantes, et surtout par les lavements émollients et narcotiques. Ainsi donc, dans tout état de cause, et pour le présent, et surtout l'avenir, il ne faut pas recourir à l'emploi de ces deux moyens quand il n'existe pas d'indication bien précise, bien décisive.

57. Lorsqu'il s'est formé un tubercule dans l'urètre, la suppuration qui suit la rupture de l'abcès en est la guérison.

57. Souvent on aperçoit le long du trajet du canal de l'urètre un tubercule ou plutôt une tumeur qui s'est développée lentement, et qui est parvenue quelquefois à un volume assez considérable. Ces tumeurs, rarement indolentes, sont souvent accompagnées de douleurs très-aiguës ; elles sont le résultat de déchirures, souvent très-petites, du canal de l'urètre, ouvertures qui livrent passage à quelques gouttes d'urine qui s'infiltrent dans le tissu cellulaire sous-urétral : elles produisent l'inflammation de ce tissu cellulaire, et par suite une suppuration plus ou moins abondante qui soulève la peau, la distend, le plus souvent forme une tumeur arrondie ou ovalaire, présentant une fluctuation évidente. Il est rare que ces tumeurs s'ouvrent spontanément ; il serait, je pense, très-dangereux de les livrer à elles-mêmes : ici c'est un véritable abcès urineux, et dans ce cas, comme dans les abcès stercoraux, il faut ouvrir promptement la tumeur; car si on perdait du temps, on pourrait, dans l'un ou dans l'autre cas, voir la gangrène suivre la formation de

l'abcès. Aussitôt qu'on a pratiqué une incision sur le centre de cette tumeur, il en sort un liquide blanchâtre, exhalant une odeur urineuse facile à reconnaître ; la plaie est pansée mollement avec un plumeau de charpie couvert de cérat, et bientôt la tuméfaction a disparu complétement. Mais pour assurer la guérison complète de cet abcès, il faut faire cesser la cause qui en a déterminé l'existence. Cette cause est, avons-nous dit, le passage de quelques gouttes d'urine échappées à travers une déchirure du canal de l'urètre ; il est donc essentiel de faire disparaître la déchirure; il faut, pour y parvenir, empêcher les urines de traverser le canal de l'urètre, et par conséquent, tenir à demeure dans la vessie une sonde de gomme élastique, assez longtemps pour que la déchirure soit cicatrisée et ne puisse plus produire une récidive de cette maladie. Mais quelles sont les causes qui déterminent ces déchirures? Ces causes sont toujours le rétrécissement du canal, rétrécissement qui est lui-même le produit d'inflammations répétées et prolongées du canal de l'urètre, rétrécissements qui sont souvent multiples dans le trajet de ce même canal, et par conséquent rendent assez souvent l'émission des urines assez difficile et assez pénible pour produire une ou plusieurs déchirures, que nous avons dit être la cause directe de la formation des abcès urineux.

Maintenant quels sont les moyens à l'aide desquels on pourra triompher des divers rétrécissements dont nous parlons. Nous trouverons ces moyens dans l'usage des sondes de gomme élastique, employées d'abord avec un très-petit diamètre qui sera successivement augmenté à mesure qu'on obtiendra une dilatation plus grande. En effet, si l'on voulait triompher de prime abord de ces différents obstacles et porter à travers le canal une sonde volumineuse, non-seulement on augmenterait la déchirure qui existe, mais on en produirait d'autres beaucoup plus graves. Aussi est-il difficile de concevoir qu'on ait proposé dernièrement l'emploi d'un pareil moyen, contraire au raisonnement, en opposition flagrante avec tous les principes, avec tous les faits observés par nos prédécesseurs et par nous, contraire à la pratique de nos maîtres et de nos confrères les plus honorables et les plus distingués. Heureusement pour la chirurgie française, ce procédé, toujours formidable, toujours funeste, appartient à un étranger, et, bien qu'on veuille le décorer du titre pompeux de *nouvelle méthode,* tout ce qui a le sentiment de la chirurgie repoussera de toutes ses forces cette manœuvre.

Malgré l'emploi le mieux dirigé des moyens qui sont à la disposition de la chirurgie pour combattre les déchirures de l'urètre, l'usage des bougies et des sondes, qui compte un grand nombre de succès, sera insuffisant lorsque le canal de l'urètre aura subi une perte de substance trop étendue. Dans ce cas, il faudra avoir recours à l'emploi du procedé auquel a eu recours M. le professeur Velpeau, qui a guéri une affection de cette espèce par une opération qui se pratique en disséquant une portion de la peau qui recouvre la verge dans le voisinage de la fistule urinaire, et qui est reportée et replacée de manière à recouvrir la fistule assez largement pour s'opposer au passage des urines ; et dans ce cas, le canal de l'urètre est complété par les adhérences qu'il contracte avec le lambeau de peau qui recouvre sa déchirure. Cette modification de l'autoplastie est d'autant plus heureuse qu'elle ne doit pas être très-douloureuse, et surtout parce qu'elle n'expose le malade à aucun danger. Grâce à cette modification autoplastique, le malade est délivré promptement d'une infirmité fâcheuse, et qui aurait empoisonné le reste de ses jours.

59. Faites souffrir la faim aux personnes qui ont les chairs très-humides, car la faim dessèche le corps.

59. Quand les blessés ont été forcés de séjourner longtemps dans les hôpitaux pour des plaies graves qui ont fourni une suppuration non-seulement abondante, mais encore de longue durée, on observe assez ordinairement chez ces sortes de sujets un affaiblissement très-prononcé et qui se dénote par la pâleur de la peau, souvent par l'œdème des pieds, des jambes, des cuisses, et même par une infiltration séreuse du tissu cellulaire qui avoisine l'abdomen; ils se trouvent donc dans des circonstances analogues à celles qui sont indiquées dans l'aphorisme précédent.

Certes, si alors on condamnait à une diète sévère les blessés qui présentent ces différents symptômes, on commettrait une faute d'autant plus grave, que le régime ajouterait à l'état de faiblesse exagérée qu'on observe déjà chez le malade. Pour moi, je suis convaincu qu'il faut tenir une conduite entièrement opposée, et que les malades n'ont d'autres moyens de salut que celui qu'ils trouveront dans une alimentation fortifiante ; car il est évident, dans cette circonstance, que l'indication la plus précise et la plus pressée est de réparer autant que possible les forces du blessé. Ainsi un régime analeptique, des boissons toniques, une alimentation substantielle, les moyens hygiéniques les plus appropriés à son état, seront tour à tour conseillés et employés jusqu'à ce qu'on ait obtenu le résultat qu'on a le droit d'attendre d'un pareil traitement administré avec méthode et persévérance.

Ce que nous disons ici des blessés qui présentent un état de relâchement du système cutané, doit être appliqué constamment aux sujets jeunes jusqu'à l'âge de sept ans d'abord, et ensuite, s'il est nécessaire, jusqu'à l'âge de la puberté. On voit souvent dans les maisons dans lesquelles les enfants sont réunis en grand nombre, ces mêmes en-

fants pésenter des symptômes de faiblesse générale facile à reconnaître par l'état d'affaissement des traits du visage, à la pâleur de cette même face, à la faiblesse des membres thorachiques, à l'étroitesse de la poitrine, au développement anormal de l'abdomen dans la cavité duquel on découvre quelquefois des engorgements mésentériques, à la faiblesse de la colonne vertébrale qui présente déjà le rudiment d'une inflexion vicieuse, l'empâtement œdémateux des membres abdominaux; quelquefois, à ces symptômes généraux viennent se joindre encore des symptômes spéciaux, tels que l'engorgement des glandes sous-maxillaires, des glandes du col, des glandes inguinales. Certes, à de pareils symptômes on ne peut pas méconnaître une disposition au relâchement et à l'état flasque des systèmes celluleux et musculaire; et certes, on aurait grand tort de croire que cet état peut être combattu avantageusement par la privation plus ou moins sévère d'aliments; il est impossible de ne pas voir qu'on produirait l'effet contraire, puisqu'on ajouterait nécessairement à la faiblesse du malade, et qu'on préparerait une série d'accidents plus graves les uns que les autres. Ainsi, non-seulement les glandes du cou ne diminueraient pas de volume, mais il est probable qu'elles augmenteraient et finiraient par suppurer; les glandes du mésentère, en acquérant aussi un volume plus considérable, porteraient du trouble dans les fonctions de l'appareil digestif. La colonne vertébrale, plus faible de jour en jour, ne pourrait supporter les épaules; elle ploierait sous le poids, et serait entraînée dans des inflexions vicieuses dont les directions gêneraient le développement de la poitrine, et par conséquent l'action du cœur et des poumons. Ainsi, au lieu d'améliorer la constitution générale, ce régime la conduirait plutôt à un état de destruction. C'est dans ce cas surtout qu'il faut, au lieu de *faire souffrir la faim*, donner au contraire au malade une alimentation saine, nutritive, vigoureuse; ainsi, l'usage de bouillons succulents, de viandes rôties, d'œufs frais, de poissons, de légumes herbacés, de fruits cuits, l'usage habituel d'un vin rouge vieux et généreux; une propreté exquise, une hygiène salubre, une insolation aussi forte que possible, un exercice modéré, mais régulier, à pied ou en voiture, mais surtout à cheval, offriront les moyens qui seront employés avec le plus de succès dans cet état de gravité qui menaçait d'une destruction imminente la constitution que nous avons décrite. Il faut ménager aussi les forces cérébrales, par conséquent ne point condamner l'enfant qui se trouve dans de pareilles circonstances, à des études pénibles et prolongées; car ici l'éducation physique doit surtout être mise en première ligne. On pourra réparer plus tard les lacunes qui existeront dans l'éducation intellectuelle et morale de l'enfant, et on aura d'autant plus de chances de succès, que sa constitution physique aura acquis plus d'énergie; c'est alors seulement qu'on pourra l'assujettir à des études régulières, pendant tout le temps nécessaire pour arriver au degré d'instruction que doit tâcher d'acquérir tout homme qui aspire à exercer avec distinction une de ces professions qui peuvent préparer un avenir honorable et indépendant.

63. Ceux qui ont de longues fièvres sont sujets à des tumeurs ou à des douleurs aux articulations.

63. Les blessés dont les plaies exigent un séjour prolongé dans un lit de douleur, affaiblis par leurs souffrances, par des suppurations abondantes et de longue durée; affaiblis par des fièvres plus ou moins opiniâtres, par un régime rendu sévère à cause de l'état de leurs plaies; affaiblis souvent par des sueurs ou des évacuations alvines, présentent plutôt un état d'émaciation générale que des tumeurs développées autour des articulations. Cependant, il n'est pas très-rare de voir des phlegmons se manifester dans les différentes régions de l'économie animale; mais ces phlegmons établissent plutôt leurs siéges dans le développement des membres que dans le voisinage des articulations. Et en effet, dans le développement des membres thorachiques ou abdominaux, le tissu cellulaire, plus abondant, favorise le point de départ des phlegmons, qui sont souvent le produit d'une direction sanguine vicieuse, souvent le résultat de digestions incomplètes, souvent le produit de sueurs qui ont disparu sous l'influence d'un froid plus ou moins vif, la plupart du temps sans cause appréciable.

Ce qu'il y a de remarquable assez fréquemment dans ces circonstances, c'est qu'une fois qu'un phlegmon s'est annoncé sur un point, un ou plusieurs autres phlegmons succèdent au premier. Ces phénomènes, la plupart du temps, sont de peu d'importance; ils contrarient peu la marche des plaies, que l'on traite simultanément avec les phlegmons qui se succèdent à des intervalles plus ou moins éloignés : c'est une douleur de plus, mais une douleur légère, et qui n'empêche pas le blessé de suivre un régime propre à réparer les forces qu'il a perdues.

Mais quelquefois, pendant le cours des plaies de longue durée, il se développe des tubercules dans les différents organes contenus dans le thorax ou dans l'abdomen. Ces tubercules sont-ils bien le produit de l'affaiblissement du blessé par le repos auquel il a été condamné, pendant longtemps, par le traitement d'une blessure qui lui aura souvent occasionné des douleurs plus ou moins aiguës, et qui aura, comme nous l'avons dit plus haut, été compliquée de la série d'accidents qui ne surviennent que trop fréquemment dans de pareilles circonstances, accidents qui, en jetant la constitution tout entière dans un état de faiblesse plus ou moins

fâcheux, prédisposent chacun des organes du blessé à un état pathologique plus ou moins grave, pour peu qu'il existe un rudiment capable d'être mis en évidence par la plus légère cause qui viendra le frapper, et dans ce cas particulier, comme dans le plus grand nombre de circonstances, ce n'est pas la marche plus ou moins douloureuse de la plaie qui aura créé les tubercules ; ils préexistaient à l'état rudimentaire, et les différentes complications de la plaie ont favorisé le développement de ces mêmes tubercules par le fait seul de la faiblesse extrême à laquelle aura été condamné le blessé.

Car rien n'est plus favorable au développement d'un très-grand nombre d'affections, que l'état de faiblesse physique et morale qu'on observe chez les sujets de tous les âges et de tous les sexes. Pour ne citer qu'un seul exemple de cette influence de l'affaiblissement physique sur le caractère de certaines maladies, examinons l'affection syphilitique. Certes, il est impossible de nier la différence qui existe entre son action sur les sujets forts ou les sujets faibles ; ceux-ci présentent toujours des symptômes beaucoup plus formidables que les sujets vigoureux, que les sujets athlétiques.

Il est aujourd'hui démontré jusqu'à l'évidence que le virus syphilitique est toujours le même, qu'il a toujours, et dans toutes les saisons, la même énergie ; la différence qui existe dans les symptômes et dans la marche de cette affection, appartient essentiellement aux modifications que présentent les constitutions qu'il frappe chaque jour. La pratique vient confirmer ce fait ; je me bornerai à en citer seulement deux exemples.

A l'armée du Rhin, j'ai eu l'occasion de donner des soins à des canonniers à cheval qui, à la suite d'une campagne très-pénible dans laquelle nos soldats avaient été exposés aux plus grandes fatigues, aux plus grandes privations et quelquefois aux plus grands excès de tous les genres, présentaient des signes évidents d'une grande débilité. Les chancres, les bubons surtout, offraient chez ces canonniers des symptômes effrayants, développement extrême en largeur, profondeur extraordinaire. Les bords, d'un rouge brun souvent, présentaient des points de gangrène, et plusieurs de ces affections se terminaient par la mort dans l'espace de trois semaines, un mois au plus.

Il est impossible de ne pas reconnaître ici que la gravité de la syphilis a surtout dépendu chez ces sortes de sujets de l'affaiblissement dans lequel ils se trouvaient quand ils ont été frappés par elle.

Je me rappelle qu'étant élève à l'hôpital des Vénériens, confié alors aux soins de M. Cullerier, oncle, qui en était à cette époque le chirurgien en chef, ce praticien, aussi instruit que modeste, nous fit recueillir l'observation d'une malade qui entra une première fois à l'hôpital, pour être traitée d'une affection syphilitique très-grave. Cette malade avait lors de sa première entrée vingt-quatre ans, et elle ne paraissait pas en avoir davantage ; elle sortit guérie après deux mois d'un traitement qui ne fut entravé par aucun accident.

Six mois après, cette même femme revint avec une maladie qu'elle avait de nouveau contractée ; elle avait donc à cette époque vingt-quatre ans et demi, et elle paraissait en avoir cinquante.

Elle fut de nouveau soumise à un traitement qui ne fut complet qu'après quatre mois de séjour ; elle sortit donc pour continuer son misérable métier de fille publique.

Huit mois après sa seconde sortie, elle revint encore réclamer les secours de l'art pour une nouvelle affection vénérienne. A cette époque, elle paraissait avoir soixante-dix ans : elle séjourna, ou plutôt elle languit pendant trois mois dans l'infirmerie dudit hôpital ; et à cette époque, elle succomba dans un marasme complet et dans un état d'épuisement tel, qu'on aurait cru, après sa mort, voir le cadavre d'une femme de quatre-vingt-dix ans.

64. Ceux à qui il vient à la suite d'une longue fièvre des tumeurs indolentes ou des douleurs aux articulations, usent d'aliments trop copieux.

64. A la suite des blessures qui ont condamné les malades à un séjour prolongé dans les hôpitaux, il n'est pas rare de rencontrer un état de faiblesse générale qui se caractérise, tantôt par l'infiltration des membres abdominaux, tantôt par le développement de tumeurs indolentes, établissant ordinairement leurs siéges dans le voisinage des articulations ; mais ces phénomènes, au lieu d'appartenir à un excès d'alimentation, sont le résultat d'une digestion défectueuse, alternant tantôt avec des dévoiements, tantôt avec des constipations opiniâtres qui ajoutent encore à la faiblesse du blessé, et s'il fallait des preuves plus probantes de ce résultat, nous les prendrions dans le caractère particulier de ces mêmes tumeurs qui ont bien le droit d'existence, mais qui n'ont aucun des éléments de cette vitalité, qui peut faire espérer une réaction plus ou moins vive dans leur tissu, et par conséquent obtenir une terminaison, soit par résolution, soit par suppuration ; aussi, conserve-t-elle longtemps cet état stationnaire, d'autant plus fâcheux, qu'il résiste au traitement le plus rationnel et le plus méthodique, et quand on veut combattre ces tumeurs avec succès, il faut surtout puiser les moyens thérapeutiques dans la classe des fortifiants ; aussi, les boissons amères, l'alimentation animale, un vin généreux et les applications locales, stimulantes, entreront dans le régime prescrit qui sera suivi avec d'autant plus

de persévérance, que ces affections seront plus rebelles.

Il est presque inutile de dire qu'il faut, dans de pareilles circonstances, que les ressources que présente l'hygiène la mieux entendue, soient appelées comme auxiliaires dans le traitement que nous avons indiqué.

Il est probable que, dans la plupart des circonstances, cette médication combattra avec avantage l'affection générale et les affections locales dont l'indolence pouvait faire craindre un état de chronicité interminable.

Les succès obtenus, dans de pareilles occurrences, par l'emploi des moyens que nous avons conseillés, prouveront jusqu'à l'évidence que ces affections n'étaient pas dus à une alimentation exagérée.

Quand la guérison sera obtenue, il ne faudra pas cesser brusquement les traitements ; mais au contraire les continuer pendant quelque temps en les modifiant de manière à rendre au malade ses habitudes primitives.

On observe aussi quelquefois chez les blessés qui ont séjourné longtemps dans les hôpitaux, non pas comme dans le cas précédent des tumeurs situées dans le voisinage des articulations, mais des douleurs plus ou moins vives, opiniâtres, qui souvent occupent à la fois plusieurs points de la constitution du malade. Dans ce cas encore, Hyppocrate accuse une trop forte alimentation d'être la cause de ces affections ; mais une alimentation exagérée peut bien déterminer la fatigue, et par conséquent la faiblesse de l'appareil gastro-intestinal ; elle peut déterminer, tantôt le dévoiement, tantôt la diarrhée, tantôt même la dysenterie, affections qui certainement diminueront les forces du malade, le conduiront à un état d'épuisement et de marasme plus ou moins inquiétant ; mais, encore une fois, il est impossible de deviner comment cette série de symptômes dont parle l'auteur de cet aphorisme peut se développer, puisque l'affaiblissement complet du sujet, produisant une diminution remarquable de la sensibilité, enlèvera à la nature le moyen de produire ces mêmes douleurs ; quand elles existent chez les sujets dont nous venons de tracer l'histoire, c'est-à-dire chez des blessés longtemps retenus dans leur lit par la longueur et l'abondance de la suppuration qu'ils auront dû subir, il faudra, comme dans le cas précédent, avoir recours à un régime fortifiant auquel on ajoutera l'emploi des sudorifiques.

65. Si l'on donne des aliments à un fébricitant qui est convalescent, on le fortifie ; mais s'il languit, on empire le mal.

65. Un régime bien dirigé est surtout un moyen puissant dans le traitement des blessés ; il n'est pas toujours facile de bien distinguer le moment où une alimentation un peu énergique doit être prescrite. Ainsi, par exemple, quand on rencontre chez un malade des plaies larges, profondes et qui fournissent une suppuration abondante, il faut bien se garder de prescrire des aliments qui ajouteraient encore à l'abondance de la suppuration et prolongeraient la durée de la blessure en affaiblissant le malade. Il faut même, dans ce cas, craindre quelque complication fâcheuse, produite par une affection d'un des organes contenus dans les cavités splanchniques. On se contentera donc de conseiller l'usage des boissons amères, légèrement toniques ou fortifiantes ; il faudra surtout, dans les cas qui offriront une suppuration dont la quantité sera hors de proportion avec l'étendue et le caractère de la plaie, avoir soin de faire deux pansements par jour, afin d'éviter le séjour du pus qui baigne largement et trop longuement la surface des plaies ; car ce séjour prolongé serait d'autant plus fâcheux qu'il pourrait préparer et déterminer la fièvre de résorption, fièvre qui s'annoncerait par une diminution très-sensible de la suppuration, la plaie présenterait un aspect blafard, les bords seraient grisâtres ; un état fébrile très-prononcé serait bientôt accompagné de redoublements qui se reproduiraient plusieurs fois dans les vingt-quatre heures ; des douleurs plus ou moins vives se manifesteraient du côté de la poitrine et de l'abdomen, la respiration serait pénible, douloureuse, souvent entrecoupée ; l'estomac, le tube intestinal présenteraient aussi des lésions qui seraient mises en évidence tantôt par des vomissements, tantôt par des évacuations alvines. Dans les vomissements qui, dans ce cas, paraissent produits par une excitation nerveuse, la malade rejetterait tantôt des matières muqueuses, tantôt des matières bilieuses dont l'abondance serait d'autant plus variable que le foie pourrait donner des inquiétudes, ou bien que cet organe se trouverait dans son état normal.

Les lésions du tube intestinal se manifesteraient par des digestions imparfaites ou impossibles. Des dévoiements, des diarrhées et quelquefois même des dysenteries viendraient compliquer l'état fébrile qui augmente chaque jour d'intensité, les sueurs abondantes, en un mot, les évacuations de toute espèce auraient bientôt épuisé les forces du malade et il succomberait inévitablement à l'autopsie cadavérique. On rencontre chez ces sortes de sujets des traînées purulentes, et même souvent de petits abcès sur les différents organes contenus dans les cavités thorachiques ou abdominales ; rarement le pus se rencontre dans leur parenchyme ; quelle que soit la modification de l'aspect que la suppuration présente dans ces circonstances, comment expliquer sa présence dans des lieux aussi éloignés du siége des plaies ?

Les uns la font voyager dans les différentes régions de l'économie animale, au moyen des veines ; les autres la font voyager par la puissance

des vaisseaux absorbants ; d'autres viendront par la suite proposer et même vanter de nouvelles théories pour expliquer ces phénomènes dont il est difficile de connaître la cause.

Quant à moi, je suis disposé à croire que la présence de la suppuration dans un ou plusieurs organes contenus dans les cavités splanchniques ne peut-être que le produit d'une inflammation existant dans les points où cette suppuration est rencontrée, et je me fonde sur ce principe qui dit qu'il peut bien exister de l'inflammation sans suppuration, mais que celle-ci ne peut être que le produit d'un travail inflammatoire existant à des degrés infiniment variés, et je pense que, dans ce cas, la nature, occupée des inflammations aiguës qui se développent sur les organes éloignés de la plaie qui existait d'abord, dirige toutes ses forces sur le point qui est le siége d'un état pathologique aigu pour s'occuper exclusivement de ce travail; il n'est donc pas étonnant, si nous admettons cette supposition, que la plaie, abandonnée à elle-même, présente l'état de désordre que nous avons indiqué, sur sa surface, sur ses bords, et surtout dans sa marche; c'est qu'alors elle n'offre plus qu'un intérêt secondaire que la nature néglige pour s'occuper de symptômes plus aigus et plus pressants.

Quand, au contraire, la marche de la plaie présente ses phases ordinaires, et que le système digestif a conservé l'intégrité de ses fonctions, la cicatrice fait chaque jour des progrès sensibles, sous l'influence d'une alimentation fortifiante, et bientôt elle arrive à une terminaison complète et solide.

69. Les crachats livides, sanguinolents, fétides, bilieux, sont tous mauvais dans les fièvres continues; mais si on les rend facilement, ils sont bons. C'est aussi un mauvais signe, si ce qui doit être évacué par les selles, par les urines ou autre part, s'arrête et n'a pas été purgé.

69. Chez les blessés qui ont été soumis à des percussions violentes du thorax, ou qui ont été atteints par l'action de corps piquants, vulnérants ou contondants, on observe des accidents primitifs ou consécutifs. Parmi les primitifs il faut signaler d'abord la lésion des principaux trous artériels ou veineux contenus dans la cavité thorachique, qui déterminent une hémorrhagie énorme qui remplit, pour ainsi dire, cette cavité.

Quelquefois cette hémorrhagie est fournie par la lésion des cavités du cœur; le sang qui se trouve alors épanché dans le péricarde produit les mêmes résultats, c'est-à-dire une terminaison funeste. On peut encore ranger parmi les accidents primitifs l'inflammation de la plèvre, du poumon, accidents qui seront combattus par tous les moyens qu'on emploie contre de pareilles lésions qui, quand elles ne sont pas promptement guéries, peuvent passer à l'état de chronicité.

Or, la pleurésie chronique, outre les douleurs constantes qu'elle produit dans une région fixe, peut déterminer la formation d'une collection séreuse ou séro-purulente qui s'accompagne quelquefois d'une leucophlegmasie partielle ou générale ; mais il existe toujours un état fébrile avec des rémissions et des intermittences qui offrent des variétés infinies. A ces différents symptômes se joignent des sueurs abondantes, des dévoiements, des diarrhées qui, en épuisant promptement les forces du sujet, le conduisent à une mort inévitable.

D'autres fois, la pneumonie arrive aussi à un état chronique. A son début, elle aurait été caractérisée par une douleur aiguë, une difficulté extrême de respirer et une expectoration sanguinolente. Malgré le traitement antiphlogistique énergique, malgré l'usage des boissons adoucissantes et gommeuses, malgré la diète la plus sévère, cette maladie a résisté avec une opiniâtreté invincible, et est passée à l'état chronique. Les crachats sont épais, floconneux, grisâtres, livides, et l'expectoration est d'autant plus difficile que la nature des crachats présente plus de ténacité et un état beaucoup plus compacte que dans la première période de la maladie. Ces différents phénomènes sont compliqués d'une fièvre hectique qui affaiblit chaque jour le malade, et lui enlève, pour ainsi dire, la puissance de l'expectoration : les quintes de toux fatigante qu'il subit pour expulser quelques crachats, épuisent ses forces d'une manière remarquable, et c'est à ce moment d'affaiblissement complet que l'expectoration cesse tout à coup, et que la mort survient. Ainsi l'impossibilité de l'expectoration tient à l'état de faiblesse arrivée à son dernier degré, et c'est à cette époque que rien ne peut arracher le malade au sort qui le menace.

A l'autopsie cadavérique on trouve : 1° une émanation complète ; 2° l'infiltration des membres abdominaux ; quelquefois celle des membres thorachiques. On trouve dans le poumon malade des points de suppuration plus ou moins étendus, souvent des cavernes, résultat de la perte de substance pulmonaire détruite par la suppuration. Aussi, dans ce cas, le malade a succombé à une véritable phthisie pulmonaire.

71. Ni la satiété, ni la faim, ni rien de ce qui passe l'ordre naturel, n'est avantageux.

71. Chez les blessés frappés par des causes vulnérantes, très-actives, et qui ont produit des plaies d'une large étendue, on observe souvent que la nature, occupée de porter toutes ses forces vers ces affections graves, abandonne pour ainsi dire le système digestif à lui-même, de manière que celui-ci n'éprouve aucune espèce de désir.

Cette disposition, très-bonne, très-heureuse pendant les huit à dix premiers jours de la maladie, aurait un inconvénient grave, si elle durait plus longtemps. En effet, après quinze jours de cette affection, c'est-à-dire au moment où la plaie fournit une suppuration abondante qui doit diminuer les forces du blessé; si celui-ci, privé d'appétit, n'éprouve aucune espèce de désir ni de besoin d'alimentation, on doit craindre que cet affaiblissement n'augmente de jour en jour et ne menace son existence. Il sera donc nécessaire d'examiner avec le plus grand soin l'état du système digestif, et de réconnaître s'il existe quelque disposition à une pléthore bilieuse; il sera facile de combattre cette cause par les moyens que l'on emploie dans ces circonstances; ainsi, l'usage des boissons acidulées, le bouillon aux herbes, des lavements émollients; quelquefois le petit lait émétisé, ou, comme on dit vulgairement, l'*émétique en lavage*, d'autres fois même de légers purgatifs seront administrés avec avantage, et le malade verra revenir cet appétit si nécessaire pour réparer en partie ou en totalité les forces qu'il a perdues.

D'autres fois ce n'est point à une pléthore bilieuse qu'est due l'inappétence, mais à un affaiblissement remarquable de l'appareil digestif lui-même; il est caractérisé par la pâleur de la langue, l'affaiblissement des traits du visage, la faiblesse du pouls, et surtout par le dégoût et le repoussement que le malade éprouve à la seule vue des aliments; dans ce cas, au lieu d'employer les évacuants et les purgatifs plus ou moins actifs, il faut avoir recours aux amers, aux toniques, aux fortifiants; ainsi les infusions de chicorée sauvage, les antiscorbutiques, le quinquina, l'élixir de gentiane, en un mot, tous les moyens qui peuvent arracher le système digestif à l'état de torpeur dans lequel il est plongé; c'est ainsi qu'on pourra espérer de ramener le désir et le besoin des aliments, et qu'on pourra reproduire cet appétit normal qui a tant d'influence sur les fonctions de l'économie animale.

D'autres fois on observe des phénomènes opposés à ceux que nous venons de décrire; ainsi le blessé éprouve une faim insatiable. Ce besoin impérieux d'alimentation lui fait souvent commettre des excès dans le régime, et on devine aisément quelle influence fâcheuse peuvent exercer ces différents écarts; d'abord sur l'appareil digestif lui-même, ensuite sur la marche de la plaie. L'appareil gastro-intestinal, subissant un travail qui excède ses forces, arrive bientôt à un état de faiblesse qui ne peut produire que des digestions imparfaites qui sont bientôt suivies de dévoiement, de diarrhée et de dysenterie; bientôt le marasme se joint à tous ces symptômes, et le danger est d'autant plus grand pour le blessé que la plaie présente un mauvais aspect, la suppuration se supprime, et cette suppression est un des avant-coureurs certains de la mort.

73. Dans un malade attaqué de fièvre continue, si l'angle des lèvres, ou l'œil, ou le sourcil, ou le nez, sont dans une distorsion convulsive, et si la faiblesse étant excessive, le malade ne voit plus et n'entend plus, quel que soit celui de ces symptômes qui ait lieu, il est mortel.

73. Chez les blessés, qui ont subi de violentes commotions du cerveau, on voit assez souvent les symptômes énumérés dans l'aphorisme précédent. Ainsi, le sourcil et l'œil, offrant une distorsion évidente, il ne faut pourtant pas croire que ces signes soient mortels. Ces phénomènes peuvent être le résultat d'une commotion cérébrale assez intense pour déterminer une paralysie partielle d'une des régions de la face, paralysie qui dure plus ou moins longtemps, et qui persévère quelquefois d'une manière indéfinie; mais le plus souvent la nature établit un travail de résorption, qui délivre le point du cerveau qui se trouvait comprimé par le corps étranger, *car le caillot est, dans ce cas*, un véritable corps étranger, et une fois cette absorption terminée, le sourcil et l'œil reprennent leur direction primitive. Mais quelquefois aussi les résultats du traitement administré pour combattre ces phénomènes toujours graves sont loin d'être aussi satisfaisants; la nature ne seconde pas l'effet du régime prescrit et l'emploi des moyens plus ou moins énergiques continués avec persévérance, et, dans ce cas, les accidents augmentant, la faiblesse va toujours croissant, la cécité, la surdité se manifestent successivement, et le blessé succombe sans éprouver, pour ainsi dire, de douleur; ou bien, s'il est assez fort pour résister, il conserve des traces profondes des désordres que nous avons signalés, et il ne récupère que très-imparfaitement l'usage de la vision et de la parole. Souvent encore on voit une espèce de tremblement de la tête et quelquefois des membres, déterminer une infirmité incurable.

74. À la leucophlegmatie succède l'hydropisie.

74. L'infiltration des pieds, des jambes, des cuisses et de tout le système cellulaire sous-cutané, est souvent le résultat d'un affaiblissement général qu'on remarque chez les blessés qui ont été forcés de séjourner longtemps dans les hôpitaux pour un accident grave, et qui compromet quelquefois chez ces malades l'intégrité d'un des organes contenus dans les cavités thorachiques ou abdominales.

Cette infiltration, tantôt lente, tantôt rapide, présente des signes faciles à reconnaître. Les pieds acquièrent chaque jour un volume assez considérable pour empêcher le blessé de marcher; la peau devient plus blanche et présente quelquefois un

poli très-remarquable ; le doigt, appuyé sur un des points de la région tuméfiée produit une dépression qui disparaît aussitôt que la compression a cessé, mais cette pression n'est nullement douloureuse. Un des signes les plus constants, c'est une sensation de froid éprouvé par le blessé, froid qu'il est difficile de combattre, puisqu'il est le produit d'une sérosité plus ou moins considérable qui se trouve, pour ainsi dire, hors de la circulation, à mesure que cet état de leucophlegmatie augmente le tissu cellulaire des membres abdominaux d'abord et thorachiques ensuite, quoique plus rarement, se trouve successivement envahir la peau du visage et surtout les paupières, présentant un développement tel qu'il produit l'occlusion complète des yeux ; les mains, les doigts sont aussi à leur tour tellement gonflés que les malades ne peuvent rien saisir.

Quand les symptômes sont arrivés à ce degré d'exaltation et souvent avant cette époque, le développement du ventre se manifeste à son tour, la percussion établie sur un des points de la région abdominale reconnaît une fluctuation évidente produite par la présence d'un liquide contenu dans cette cavité. Ce liquide ne peut être autre chose qu'une collection de sérosité qui, refoulant en haut le diaphragme, diminue la capacité de la poitrine, et détermine d'abord une difficulté de respirer qui va jusqu'à la dyspnée. La mort ne tarde pas à survenir pour mettre fin à toutes les angoisses inséparables d'un pareil état de souffrance. A l'ouverture du cadavre, on trouve une collection de sérosité qui distend l'abdomen outre mesure ; assez souvent cette collection se rencontre aussi dans la cavité thorachique, dans le péricarde et dans les ventricules du cerveau. La leucophlegmatie indique donc souvent, ainsi que le dit l'aphorisme précité, une hydropisie contenue dans la cavité abdominale ou dans la cavité thorachique ; mais alors ces hydropisies sont le résultat de maladies organiques, profondément situées dans une de ces cavités, et qui, par conséquent, défient l'emploi des moyens qui sont à la disposition du praticien. Quand au contraire, ces affections organiques n'existent pas, la leucophlegmatie n'est que passagère, et elle disparaît plus ou moins facilement pour ne plus donner aucune inquiétude. Cette disparition est d'autant plus rapide, que le blessé récupère ses forces plus promptement par le retour des digestions à leur état normal, car très-souvent la leucophlegmatie est produite par des dévoiements opiniâtres, par des diarrhées, ou bien par des variations plus ou moins nombreuses dans l'acte de la digestion ; aussitôt que ces variations ont disparu, le blessé revient à l'état de santé dont il jouissait avant sa maladie. Ce retour est quelquefois contrarié et entravé par des récidives, qui sont d'autant plus nombreuses, que le malade commet assez souvent des excès de régime, dominé qu'il est par un estomac exigeant, impérieux, auquel il est souvent difficile de résister.

77. Dans le sphacèle survient la carie de l'os.

77. Le sphacèle est le dernier degré de la gangrène dans lequel on observe la mortification complète de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, des aponévroses, des muscles qui recouvrent les os ; ceux-ci, dénudés de leur périoste, sont toujours nécrosés, soit que le sphacèle soit le résultat d'une brûlure profonde, ou bien qu'il soit produit par la congélation totale d'un membre, ou bien par une cause interne qu'il n'est pas toujours facile de déterminer, car il se manifeste quelquefois à la suite des fièvres ataxiques ou adynamiques, ou par la réunion simultanée de ces deux maladies, soit que son développement ait été le produit d'une affection organique de quelque vaisseau artériel qui s'ossifie assez souvent chez les vieillards, et quelquefois chez les adultes (phénomène toutefois assez rare à cette époque de la vie). Le sphacèle, disons-nous, est toujours accompagné de la carie ou de la nécrose de l'os; cette affection grave compromet souvent l'existence du blessé ; quand la nature est assez forte pour résister à cette complication qui doit toujours et dans tous les cas être combattue par un traitement très-énergique, il est impossible de conserver le membre sphacélé, l'amputation est inévitable, et il faut préparer de bonne heure le blessé à ce cruel sacrifice.

Dans cette terrible circonstance l'amputation peut être pratiquée *ex abrupto*, pour ainsi dire, ou bien elle doit être ajournée. Par exemple, dans le sphacèle par suite de brûlure, on pourra, on devra la pratiquer promptement ; car s'il ne se présente aucune contre-indication, il faudra seulement préparer le malade à cette opération, par tous les moyens de persuasion qu'il sera possible d'employer; car, avant tout, il faut que le blessé soit tellement disposé, moralement parlant, qu'il désire cette opération, comme le seul moyen d'échapper à une mort inévitable.

Dans la plupart des autres circonstances, on doit attendre que la nature ait tracé la ligne de séparation qu'elle établit toujours ; quand ses moyens sont assez puissants pour indiquer au chirurgien le lieu où l'opération doit être pratiquée, les chances de succès sont d'autant plus nombreuses que le sujet est moins affaibli, que les affections antécédentes qui ont produit la gangrène, ont laissé moins de traces profondes dans l'économie animale tout entière; car, dans le cas où ces traces donneraient des inquiétudes, il faudrait, avant de pratiquer l'ablation des membres, les combattre, ces complications, par tous les moyens qui sont au pouvoir de la chirurgie, et parmi ces moyens, nous devons placer en première ligne les fortifiants de toute espèce, administrés à l'intérieur sous la forme solide ou liquide; car les applications de toniques sur le membre sphacélé sont tout à

fait illusoires, et sont encore d'autant plus fâcheuses, qu'elles trompent toujours l'espoir qu'on fonde sur elles. Ainsi, on aura soin d'insister sur un régime alimentaire aussi substantiel que possible, sur l'usage des boissons toniques, fortifiantes; on cherchera surtout à entretenir et à augmenter, s'il est possible, le courage du blessé, afin qu'il puisse voir non-seulement sans crainte, mais même avec satisfaction, arriver le moment où il devra subir une des plus douloureuses opérations pratiquées par la chirurgie.

Une fois cette opération terminée, il faudra redoubler de soins pour soutenir ses forces physiques et morales, et grâce à cette conduite dans laquelle ce blessé remarque avec reconnaissance toutes les preuves d'un intérêt actif et d'une bienveillante sollicitude, les suites de l'opération sont ordinairement heureuses; tandis qu'elles sont presque toujours funestes, quand le malade ne trouve dans le chirurgien qui l'opère qu'une froide indifférence.

78. Au vomissement de sang succède la phthisie et le crachement de pus.

Dans la phthisie, il survient la chute des cheveux et la diarrhée; après la diarrhée la suppression des crachats; et après cette suppression, la mort.

Au crachement de sang succède le crachement de pus et la chute des cheveux; et dès que le crachement s'arrête, la mort survient.

78. Dans toutes les plaies de la poitrine, qui ont pénétré assez profondément pour atteindre l'organe pulmonaire, il arrive souvent qu'une hémorrhagie abondante, produite par une des ramifications artérielles qui se distribuent au poumon, détermine une mort prompte, mais qui est précédée d'une difficulté de respirer, qui arrive bientôt jusqu'à la dyspnée et même jusqu'à la suffocation. Dans ce cas, la mort arrive du troisième au quatrième jour au plus tard; elle a toujours été précédée par une expectoration sanguinolente, qui s'est annoncée quelques heures après le coup reçu par le blessé, soit que ce coup ait été produit par un instrument piquant, tranchant ou contondant. Toutes les fois qu'une plaie pénétrante, dans la cavité thorachique ou dans la cavité abdominale, a divisé les organes qui ont une communication avec quelques points de l'appareil digestif, il existe toujours de prime abord des évacuations sanguinolentes, produites, soit par l'expectoration, soit par les vomissements, soit par la défécation : par l'expectoration, quand le tissu parenchymateux du poumon a été déchiré; par les vomissements, quand les tuniques de l'estomac, y compris la muqueuse, ont été divisées par la cause vulnérante; par la défécation, quand une des parois du tube intestinal, quelle que soit sa situation ou son volume, a subi une division complète. Ces évacuations sanguines ou plutôt sanguinolentes se manifestent quelques instants, ou au plus tard, quelques heures après la blessure reçue. C'est donc le signe pathognomonique essentiel qui indiquera à l'instant même, et d'une manière positive, la nature et la profondeur de la lésion.

Quand la mort n'est point déterminée par l'hémorrhagie primitive, résultant des déchirements du tissu pulmonaire, soit par l'épanchement énorme d'une quantité de sang considérable, versé dans la cavité thorachique, soit par une hémoptysie foudroyante, le blessé exposé à une suppuration du tissu pulmonaire, abondante et de longue durée, subit toutes les phases des maladies chroniques qui frappent cet organe. Une fièvre lente, offrant plusieurs redoublements dans les vingt-quatre heures, compliqués bientôt par des dévoiements, détermine promptement le marasme et l'épuisement total des forces du blessé. Souvent l'inflammation du parenchyme pulmonaire, résultant de l'action de la cause vulnérante, se complique aussi de l'inflammation des plèvres, inflammation qui offre d'ailleurs un caractère particulier et bien différent de celle du tissu pulmonaire. L'inflammation pleurétique est très-aiguë; elle cause des douleurs extrêmement vives et déchirantes.

Le blessé craint de respirer, car en accomplissant cet acte respiratoire, il éprouve une exaltation de douleur tellement aiguë à la fin de l'inspiration, que cette même douleur devient intolérable. Cet état pathologique peut se terminer par une résolution complète, mais le plus souvent, dans de pareilles circonstances, il passe à un état chronique, caractérisé par une exhalation séreuse, quelquefois limpide, quelquefois sanieuse, d'autres fois purulente; et l'épanchement de cette sérosité dans la cavité thorachique, refoulant le poumon à mesure qu'elle est plus abondante, ajoute encore à la difficulté de respirer, causée par la lésion du parenchyme pulmonaire. Cet épanchement de sérosité, augmentant de jour en jour, parvient quelquefois à une telle quantité qu'il détermine la mort par suffocation. Toutefois, dans un tel état de choses, le blessé peut encore quelquefois opposer une longue résistance, surtout quand l'appareil digestif peut conserver assez de force pour continuer l'acte digestif à peu près à l'état normal; sans doute, dans cette circonstance, les fonctions digestives sont plus ou moins dérangées. Cependant leur résultat, quoique imparfait, soutient plus ou moins facilement les forces du malade, et celui-ci peut encore, pendant quelque temps, lutter avec assez de succès : toutefois, cette lutte ne sera pas de longue durée, et le malade succombera par suite de suffocation. Ici, la mort peut être précédée d'un symptôme que nous avons déjà signalé, et qui accompagne la lésion profonde des organes contenus dans les cavités thorachiques ou abdominales : je veux parler de la leucophlegmatie, dont il a été question dans un des aphorismes précé-

dents. Mais nous avons étudié avec assez de détails cette affection symptomatique, pour qu'il ne soit plus nécessaire que nous nous en occupions en ce moment. J'insisterai seulement sur le mot symptomatique ; car cette affection n'est pas par elle-même une maladie, mais bien le produit d'un état pathologique. Le plus souvent, la lésion du parenchyme pulmonaire existera isolément et indépendamment de la lésion des plèvres ; ainsi, lorsque le blessé n'aura pas succombé primitivement à une hémorrhagie sanguine, soit interne, soit externe, quand il n'aura pas succombé primitivement à une lésion aiguë des plèvres, quand il aura résisté consécutivement à l'inflammation chronique de ces mêmes plèvres, il arrivera qu'une affection chronique du parenchyme pulmonaire le conduira lentement au tombeau, malgré les moyens employés par l'art contre cette affection profonde, dont le danger s'annonce d'une manière si claire qu'on ne doit pas hésiter un instant à combattre les prodromes d'une pareille affection. La maladie, arrivée à ce degré, se manifeste par des crachats d'un caractère particulier. Dans le début, nous avons remarqué l'expectoration sanguinolente : alors le sang était vermeil, brillant, d'une couleur rouge presque écarlate, tantôt il était pur, tantôt il était mêlé à une certaine quantité de mucosités. Peu à peu cette matière sanguinolente a diminué de quantité ; l'expectoration ne présente plus qu'une matière mucoso-purulente. Il est presque inutile de dire que la respiration toujours pénible causait au malade un état de souffrance obscur, qui troublait souvent son sommeil, et l'interrompait complétement.

Le produit de cette expectoration devient plus tard d'un gris jaunâtre, ayant un poids d'autant plus remarquable que la maladie a fait plus de progrès : enfin ces crachats présentent un état blanchâtre compacte, s'étalant facilement et se précipitant au fond du vase. Le malade est consumé alors par une fièvre lente ; il est tourmenté par des sueurs abondantes ; ses digestions sont souvent dérangées. Il a même assez fréquemment du dévoiement, de la diarrhée, résultats de digestions incomplètes, inséparables d'un affaiblissement général; car l'appareil digestif, comme tous les autres organes, a subi un état de faiblesse que partage toute la constitution. Ainsi donc nous voyons réuni ici le groupe de tous les symptômes qui annoncent une lésion profonde, étendue, lésion qui est facile à reconnaître par l'ensemble des symptômes qui se développent. Les crachats deviennent de plus en plus épais. Ils ont une forme arrondie, se précipitent constamment; ils ne peuvent être expulsés qu'avec une grande difficulté, après des efforts multipliés qui fatiguent le malade d'une manière d'autant plus funeste qu'il n'existe plus à cette époque de moyens de réparation, et que chaque jour ajoute à cet état d'affaiblissement prévu d'avance mais contre lequel tous les moyens de l'art sont impuissants : à cette époque si menaçante d'un tel état pathologique, quelquefois ses crachats sont accompagnés de sang ; mais ce n'est plus ce liquide vermeil, ce liquide brillant qu'on aperçoit au début du mal ou plutôt quelques heures après l'existence de la blessure ; le sang est alors brunâtre, noirâtre et mêlé, sous la forme de petits caillots, à la matière jaunâtre, blanchâtre ou grisâtre de l'expectoration. En interrogeant la poitrine par la percussion, on produit ordinairement un son mat dans la région voisine de la lésion pulmonaire ; en interrogeant cette cavité avec l'oreille seule ou aidée du stéthoscope, on reconnaîtra plus ou moins facilement un râle crépitant, ou bien on reconnaîtra la présence de cavernes plus ou moins profondes, résultat de la destruction d'une partie plus ou moins considérable du parenchyme pulmonaire. Mais sans l'emploi de ces deux moyens d'investigation, la nature des crachats, leur couleur, leur forme, leur pesanteur, l'affaissement des traits de la face, l'œil enfoncé dans la cavité des orbites, la chaleur de la peau, la fièvre continue, les redoublements qui la caractérisent, l'inappétence, les vomissements, les dévoiements, le marasme qui de jour en jour se manifeste par des progrès remarquables toujours croissants, et compliqués très-fréquemment d'un œdème des pieds, des jambes, et d'une leucophlegmatie plus ou moins générale, annoncent une mort prochaine, qui seule pourra mettre fin à une maladie qui sera longtemps encore, du moins nous devons le craindre, l'écueil du praticien. C'est une véritable phthisie pulmonaire ; quoi qu'en dise l'aphorisme, cette affection n'est pas toujours accompagnée de la chute des cheveux, chute qui offrirait d'ailleurs peu d'intérêt dans une pareille maladie; car elle ne pourra avoir aucune influence sur la marche plus ou moins rapide, et sur son état plus ou moins chronique. A l'autopsie cadavérique, on trouvera dans le point qui était le siége de cette affection si redoutable, des matières jaunâtres ou grisâtres, occupant les cavités d'une destruction dont on avait reconnu l'existence par le moyen de l'audition. Souvent on trouvera aussi la sérosité épanchée entre les deux plèvres, quelquefois même dans le péricarde; car lorsqu'un organe contenu dans une cavité est malade, il est rare, extrêmement rare, que les organes voisins ne participent pas plus ou moins à l'état pathologique, et c'est pour ce motif que nous signalons, comme possible et même comme probable, la lésion des membranes qui avoisinent le poumon malade.

Mais nous avons dit qu'il existait aussi souvent du dévoiement, de la diarrhée, et c'est pour cette raison que nous trouverons, sur les différents points de cette muqueuse qui recouvre la face interne de l'estomac et du tube intestinal, des points enflammés, quelquefois des ulcérations,

ou un ramollissement très-remarquable de cette muqueuse dans une plus ou moins grande étendue : tels sont les différents phénomènes qu'on observe le plus souvent à l'autopsie cadavérique des sujets qui ont succombé à la suite de cette maladie, dont la longueur est toujours désespérante.

79. Il faut examiner aussi quelle est la nature des excrétions qui ont lieu, soit par la vessie, par les intestins, par la peau, ou par toute autre voie dont le corps s'éloigne de l'état naturel; s'il s'en écarte peu, la maladie est légère; beaucoup, elle est considérable; entièrement, cela est tout à fait mortel.

79. Lorsque l'état pathologique des blessés se complique d'une inflammation de la vessie, celle-ci se caractérise par des douleurs plus ou moins fixes dans la région hypogastrique. Ces douleurs sont surtout augmentées toutes les fois que le malade veut uriner. On remarque particulièrement que son état de souffrance arrive à son maximum quand la vessie expulse les dernières gouttes de liquide qu'elle contient. Quelquefois cette urine est sanguinolente, d'autres fois un sang pur plus ou moins abondant s'échappe à travers le canal de l'urètre, ou plutôt est expulsé par l'effort de contraction des membranes vésicales; dans ce cas, les indications qui se présentent sont d'une évidence complète : saigner largement le malade, lui enlever dans les vingt-quatre heures quatre, huit ou douze palettes de sang; tel sera le premier moyen à employer. Si les symptômes persévèrent, on appliquera une plus ou moins grande quantité de sangsues à l'anus, afin de diminuer et d'arrêter, s'il en est possible, la marche d'une inflammation vésicale : les bains multipliés et prolongés, de larges cataplasmes sur la région hypogastrique, les boissons mucilagineuses et gommeuses prises en grande quantité : tels sont les moyens auxquels on aura recours pour combattre une maladie aussi douloureuse. Souvent on triomphera de cette affection dans les huit, dix ou douze premiers jours : d'autres fois, au contraire, cette maladie résistera au traitement le mieux dirigé et finira par passer à l'état chronique. Toutefois, il faut le dire, on obtient assez fréquemment et assez facilement la résolution et la guérison complète de cette maladie, qui s'annonce ordinairement du septième au dixième jour par une diminution sensible des douleurs éprouvées par le blessé; cette diminution est d'autant plus heureuse que les souffrances du malade étaient pour ainsi dire insupportables : aussi cet état de bien-être, qui succède à des jours et à des nuits de torture déchirante, produit bientôt ce calme parfait, avant-coureur d'une guérison si nécessaire après un état d'anxiété et de torture inexprimable. D'autres fois, au contraire, les symptômes iront toujours croissant jusqu'à ce qu'une fièvre ardente, se compliquant bientôt de mouvements nerveux, produise une affection qui se termine promptement par la mort du blessé. D'autres fois, et c'est ce qu'on observe le plus fréquemment, la maladie ne se termine pas d'une manière complète, passe plus ou moins promptement à l'état chronique, ou bien, après une guérison plus ou moins heureuse, elle se renouvelle avec une ou plusieurs récidives qui produisent un état de langueur et de persévérance promptement mortelles.

Mais quelle que soit la cause de cette marche chronique, qu'elle soit primitive ou consécutive, les symptômes n'en sont pas moins fâcheux ni moins funestes. Cet état s'annonce par des douleurs beaucoup moins vives que celles qui existaient au début de la maladie : mais elles ont un caractère d'opiniâtreté invincible, et malgré l'emploi des bains et des calmants de toute espèce, le malade n'éprouve que quelques instants de repos, ou plutôt d'un calme factice, obtenu par l'usage des préparations calmantes ou narcotiques.

On a conseillé de recourir aux injections afin de porter, à l'aide de la sonde, dans l'intérieur de la cavité vésicale, des préparations mucilagineuses et calmantes; mais ces injections produisent-elles le résultat qu'on leur demande : je pense que le bien qu'elles procurent n'équivaut pas à la douleur déterminée par le trajet d'une sonde portée dans l'intérieur de la cavité vésicale au moyen du cathétérisme ; et, s'il est vrai que la simple introduction de la sonde dans la vessie, quand elle est saine, produit souvent une inflammation de la muqueuse vésicale, qu'arriverait-il donc quand la muqueuse qui tapisse cet organe sera, je ne dis pas, enflammée, mais seulement le siége d'une sensibilité, d'une susceptibilité plus ou moins grande? certes, dans de pareilles circonstances, le cathétérisme produira un résultat beaucoup plus fâcheux que les injections ne procureraient de bien à la muqueuse qu'elles iraient baigner. Je pense donc que, dans ce cas, il faudrait proscrire complétement le cathétérisme, à moins qu'il ne devînt indispensable pour la suspension ou l'impossibilité complète de l'exécution des fonctions vésicales. Il résulte de tout ce qui précède que, dans l'état pathologique chronique de l'organe vésical, on doit s'attendre à voir les urines subir des variations plus ou moins nombreuses en raison des différents degrés que présente cette même affection. Dans l'état d'acuité, l'urine est ardente, rouge, sanguinolente; dans l'état de chronicité, elle est épaisse, et produit, dans le vase qui la reçoit, un précipité blanchâtre, grisâtre; plus tard, une matière muqueuse plus ou moins tenace se trouve aussi précipitée, en offrant assez souvent le caractère de l'albumine. Quelquefois ces matières sont muco-purulentes; d'autres fois on remarque dans les urines un mélange de sang caillé, gris, rouge, brun ou d'un noir très-prononcé.

Les douleurs continuent toujours avec une intensité plus ou moins marquée; la fièvre complique ces différentes variations, et porte un désordre remarquable dans les fonctions des différents organes, mais principalement dans celles du système digestif, qui finit par n'admettre qu'avec la plus grande peine l'alimentation même la plus légère, et par conséquent ne peut plus fournir à l'économie animale les moyens de soutien et de réparation dont elle a tant besoin. Les forces du malade s'épuisent donc de jour en jour, et il ne tarde pas à succomber dans un état de marasme complet. Chez un grand nombre de blessés, l'appareil digestif est primitivement ou consécutivement atteint de lésions plus ou moins graves. Chez les uns, cette complication se borne à un état de pléthore bilieuse ou à une affection gastrique, simple, facile à combattre par des boissons rafraîchissantes, légèrement apéritives, une diète rigoureuse, et prolongée jusqu'à ce qu'on ait triomphé des symptômes que nous venons d'indiquer. A peine cet état pathologique était-il accompagné d'un léger état fébrile.

Mais nous n'avons pas toujours affaire à un état de simplicité si favorable. Presque toujours, chez les blessés, on remarque un état d'excitation de la muqueuse intestinale, manifestée par la coloration de la face, par la chaleur de la peau, par un état fébrile plus ou moins intense, surtout par la couleur de la langue qui est d'un rouge vif, particulièrement à ses bords et à sa pointe. Cet état exige quelquefois des saignées générales et des saignées locales. Des saignées générales seront pratiquées au bras; des saignées locales, par l'application des sangsues faites à l'anus : on ajoutera à l'emploi de ces moyens la prescription d'une boisson mucilagineuse, rafraîchissante, calmante, et surtout la diète la plus rigoureuse. Il faudra de plus seconder l'emploi de ces moyens par des lavements, par des cataplasmes émollients, appliqués sur toute la région de l'abdomen, enfin par l'administration du régime antiphlogistique le mieux entendu. On doit s'estimer fort heureux quand cet état pathologique, dont l'intensité est grave, ne se complique pas d'une affection cérébrale; car cette complication est une des plus funestes qu'elle puisse présenter. Dans ce cas, à l'aide du régime prescrit, on obtient la terminaison favorable de cette complication des plaies ; d'autres fois, on n'est pas aussi heureux, et la maladie passe à un état de chronicité qui s'annonce par la persévérance de la fièvre au delà du trentième jour.

Cette fièvre est accompagnée d'évacuations alvines, tantôt muqueuses, tantôt bilieuses, tantôt légèrement sanguinolentes ; le malade éprouve une inappétence complète, ou des variations nombreuses dans les différents degrés de son appétit : en un mot, il existe dans les fonctions digestives un état de désordre que causent la gravité et la profondeur de la lésion de la muqueuse gastro-intestinale. Ce qu'on observe de plus remarquable, ce sont des récidives, le dévoiement, le diarrhée, les dysenteries accompagnées de ténesmes fatigants et souvent insupportables. Souvent on remarque des évacuations de matière d'un gris jaunâtre, sanguinolentes, quelquefois liquides, quelquefois mêlées à des caillots d'un sang noir et compacte. Le résultat de ces évacuations successives ou intermittentes est facile à prévoir. Les forces diminuent de jour en jour, épuisées qu'elles sont par des sueurs copieuses, qui viennent encore se joindre aux évacuations dont nous avons parlé. Rien ne peut alors arrêter les progrès du mal, qui va toujours croissant jusqu'à ce que le malade ait succombé.

Que deviennent les blessures pendant la marche des deux complications que nous venons d'indiquer, complications qui ont leur siége ou dans la vessie, ou dans l'appareil gastro-intestinal ? Ces plaies présentent un aspect pâle, grisâtre, et quelquefois livide. Les bords sont affaissés, molasses, par conséquent la suppuration est de mauvaise nature ; les bourgeons charnus ne s'y développent qu'avec peine, et versent facilement un sang plus ou moins abondant qui retarde la marche de la cicatrice, retard qui est d'ailleurs de peu d'importance auprès des dangers imminents auxquels le malade est exposé. On a beau vouloir exciter une vitalité plus grande dans la surface des plaies, au moyen d'applications fortifiantes, et même excitantes, les topiques auxquels on a recours dans cette circonstance ne produisent aucun résultat ; la nature abandonne pour ainsi dire la plaie à elle-même, pour diriger toutes ses forces sur la région occupée par la maladie profonde qui, depuis si longtemps, attire son attention, quoique infructueusement, et le malade succombe dans un état de faiblesse tel qu'il éprouve peu de douleurs dans les derniers jours, et surtout dans les dernières heures qui précèdent sa mort. Ainsi, l'on voit que les blessés qui sont atteints de ces deux complications, soit séparément, soit simultanément, doivent inspirer de bonne heure de grandes inquiétudes, et par conséquent décider le praticien à ne pas perdre un instant pour tâcher de conjurer l'orage ; car c'est toujours dans le principe qu'il faut combattre avec énergie, avec célérité, avec persévérance, les symptômes que nous avons indiqués, si l'on veut établir en faveur du blessé quelques chances de succès. Si ces mêmes malades se trouvaient réunis en grand nombre dans des salles étroites ou mal aérées, il faudrait les disséminer dans un local beaucoup plus vaste ; il faudrait pour ainsi les isoler autant que possible, et grâce à ce moyen, il est probable qu'on verrait ces affections se simplifier dans leur marche, et offrir une guérison plus ou moins prompte qui laisserait à la nature toutes ses ressources, et par conséquent le moyen de reporter ses forces du côté de la plaie pour en favoriser la marche et la

cicatrisation; mais, je le répète, il ne faut pas perdre un instant : c'est un devoir de toute nécessité qu'il s'agit de remplir, et un praticien consciencieux ne doit jamais y manquer.

—

SECTION HUITIÈME.

5. Si la diarrhée survient après une longue maladie, c'est un mauvais signe.

5. Lorsque des blessés ont séjourné longtemps dans un hôpital, retenus par la longueur de leurs plaies, il arrive assez souvent qu'ils sont atteints de dévoiement, de diarrhée ou de dysenterie, complication qui survient fréquemment à la suite d'imprudence ou d'excès dans le régime alimentaire. Quelquefois aussi ces complications sont dues à la longueur de la maladie, à la faiblesse de la constitution, malgré le régime le plus exact et le mieux observé. Ces accidents annoncent un épuisement total des forces, et cet épuisement arrivant bientôt au dernier degré, le blessé succombe; c'est ainsi que se termine malheureusement l'existence d'un très-grand nombre de malades, dont les plaies graves et de longue durée, en fournissant une suppuration abondante et continue, non-seulement s'opposent au rétablissement de leurs forces, mais encore amènent, dans la plupart des cas, l'épuisement funeste dont nous avons parlé.

6. Ce que les remèdes ne peuvent guérir, le fer le guérit; ce que le fer ne guérit pas, le feu le guérit; et ce que le feu ne guérit pas, il faut le regarder comme incurable.

6. L'auteur de cet aphorisme, dans les courtes lignes que nous venons de tracer, prouve qu'il connaissait aussi bien la médecine que la chirurgie, ou plutôt il prouve qu'il ne séparait pas ces deux branches de l'art de guérir, car il dit expressément : si après avoir employé les médicaments, les maladies ne guérissent pas, employez le fer; si le fer est insuffisant, employez le feu, et si ces trois moyens employés successivement échouent, la maladie doit être regardée comme incurable. Tous les jours confirment la vérité de ce triple principe émis dans l'aphorisme précité ; des observations multipliées en attestent l'exactitude. Il est impossible de les révoquer en doute. Cet aphorisme prouve la nécessité, pour le médecin, de connaître les maladies qui appartiennent au domaine chirurgical, c'est-à-dire toutes les maladies qui ne guérissent pas par l'usage seul de médicaments. On dirait que c'est pour justifier cette vérité séculaire que les études médicales sont dirigées aujourd'hui, de manière à faire marcher de front les sciences médicales et chirurgicales. Aussi, il ne peut y avoir de différence entre le médecin et le chirurgien, que les dispositions physiques et morales, qui donnent à l'un la force de triompher du spectacle des douleurs inséparables d'opérations graves pratiquées malgré les cris, les larmes, et souvent le désespoir d'un malheureux condamné à subir une opération qui serait cruelle si elle n'était pas indispensable pour assurer le salut des blessés confiés aux soins de la chirurgie. Cette science devient chaque jour plus positive, grâce aux bons esprits qui font taire leur imagination et leur amour-propre, pour arriver à des résultats plus précis ; je ne doute pas que quelque jour, et ce moment n'est peut-être pas éloigné, cette même science ne parvienne à une précision mathématique ; c'est dans ce but que j'ai entrepris un travail analytique et philosophique dans lequel je divise les études chirurgicales,

1° En chirurgie élémentaire ;

2° En chirurgie spéciale ;

3° En chirurgie d'application.

Puisse ce travail obtenir l'estime de mes confrères ; puisse-t-il être utile aux élèves qui veulent étudier cette science.

Puisse-t-il surtout être utile à l'humanité souffrante, et j'aurai obtenu la plus douce récompense qu'un praticien puisse ambitionner.

DE

LA TUMEUR BLANCHE

DU GENOU,

ET

DE LA MANIÈRE DE LA GUÉRIR

SPÉCIALEMENT PAR LE MURIATE DE BARYTE ;

PAR

SIRUS PIRONDI,

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER.

Nec posse vehementi malo, nisi
æque vehemens auxilium succurrere

CELS., *lib. II, cap. XI.*

A

M. Lisfranc,

CHIRURGIEN EN CHEF DE LA PITIÉ.

La plupart des idées émises dans cet opuscule ont été recueillies à vos sages leçons ; et si la nouvelle méthode que je propose pour la guérison d'une maladie, à la fois si commune et si opiniâtre, est adoptée, c'est encore à vous que l'humanité en sera redevable.

Sous ce double rapport, mon travail doit vous être offert ; puissiez-vous y voir une faible marque de ma reconnaissance, pour la bienveillante amitié dont vous m'avez honoré pendant mon long séjour à Paris.

Sirus Pirondi.

Marseille, le 26 *mai* 1836.

AVANT-PROPOS.

Le travail que je fais réimprimer aujourd'hui a été présenté pour la première fois, en 1833, à l'École de médecine de Montpellier. La circonstance qui me le dicta alors ne me permettait pas d'entreprendre une monographie de la maladie que je voulais traiter, et, d'ailleurs, mon but principal était d'insister sur le traitement, et de démontrer, sur ce point, les avantages que nous offre la doctrine rasorienne.

L'accueil bienveillant qu'on a accordé à mon premier essai, et, surtout, le résultat des expériences entreprises dans un des grands hôpitaux de Paris, m'engagent à en livrer maintenant au public la seconde édition. Peut-être aurait-il fallu en rendre la première partie plus complète; mais j'avoue que, pour cette fois encore, préoccupé spécialement de la thérapeutique de la tumeur blanche, j'ai cru suffisant, quant à la partie descriptive, de résumer ce qui en a été dit par les autres, joint au peu que j'ai pu moi-même observer. Toutefois, j'y ai ajouté plusieurs observations qui, accompagnées de quelques réflexions, serviront, je l'espère, à mieux développer la méthode que nous avons voulu décrire, en même temps qu'elles feront mieux comprendre la doctrine dont j'ai voulu donner une idée.

Quant au muriate de baryte en particulier, je crois devoir observer ici que nous l'employons, d'après Rasori, contre toute espèce d'affection scrofuleuse, quelle que soit la forme qu'elle revêt; et que les succès obtenus par ce mode de traitement sont extrêmement remarquables. Nous avons administré ce sel, guidés toujours par les mêmes principes, dans des cas d'ophthalmies scrofuleuses, d'engorgements glandulaires, d'ulcères opiniâtres, etc.; et constamment j'ai vu ces différentes affections disparaître, sous son influence, plus promptement que par aucune autre médication.

Il eût été conséquemment indifférent de spécifier l'emploi de ce remède contre l'une ou l'autre de ces affections, puisque son action est toujours la même, et que les mêmes principes doivent en diriger l'usage. Cependant, j'ai préféré traiter en particulier des tumeurs blanches, car on ne saurait nier que ces sortes de maladies ne soient les plus graves de toutes celles que peut déterminer l'habitude scrofuleuse.

Parmi toutes les articulations, la *tibio-fémorale* est celle qui est le plus fréquemment atteinte de tumeur blanche, et la maladie s'y présente ordinairement avec beaucoup de gravité; ce qui s'explique autant par la structure anatomique que par les fonctions que doit remplir cette articulation. La plupart donc des observations que j'ai pu recueillir, appartenant à cette espèce, j'ai pensé en parler d'une manière spéciale, d'autant plus que le traitement sera toujours le même pour toute tumeur blanche, à peu de changements près, selon les localités; et d'ailleurs, une méthode qui réussit dans des cas graves ne peut manquer de succès dans ceux qui présentent moins de gravité.

J'ai cru aussi devoir insérer, à la fin de cet essai, les conséquences pratiques auxquelles est arrivé M. Lisfranc, en expérimentant la méthode que nous proposons. La grande renommée dont jouit ce savant chirurgien m'a fait un devoir de consigner ici son opinion, quelles que soient les légères nuances qui la font différer de la nôtre. On aura ainsi une nouvelle preuve que toute méthode curative, si bonne qu'elle soit, ne peut être appliquée *sur tous* et *partout*, sans subir quelques modifications, suivant le climat sous lequel on les emploie, et selon, par conséquent, le tempérament des malades. Au reste, il ne faudrait pas croire que dans tous les cas des tumeurs blanches que nous avons eues à traiter on ait pu toujours porter le muriate de

baryte à des doses aussi élevées (deux gros). Ce sont là, au contraire, des cas extrêmement graves qu'on a rarement lieu d'observer, et c'est précisément ce qui m'a fait préférer les observations que j'ai consignées ici à toutes celles que j'ai pu recueillir sur cette importante matière.

Je désire que les praticiens puissent trouver un puissant secours thérapeutique dans le muriate de baryte, administré à haute dose contre toutes les affections scrofuleuses, et en particulier contre celles dont nous nous occupons ici ; et je ne doute pas que ce vœu ne soit complétement satisfait, s'ils veulent entreprendre quelques expériences d'après les règles que nous avons établies.

DE
LA TUMEUR BLANCHE
DU GENOU.

PREMIÈRE PARTIE.

—

Définition et Symptômes.

La maladie des articulations, appelée communément *tumeur blanche*, a été décrite par les auteurs sous différentes dénominations : *Tumeur froide*, *tumeur lymphatique*, *tumeur scrofuleuse*, *fausse ankylose*, *fongus articulaire* (articulorum fungus); voilà autant d'expressions différentes par lesquelles on a voulu la désigner. Chaque écrivain a cru, par un nouveau nom, marquer une espèce particulière de cette affection; mais n'ayant jamais précisé bien nettement les différences dont ils voulaient parler (différences qui ne dépendent le plus souvent que du degré plus ou moins avancé de la maladie), on peut regarder tous ces termes comme des *synonymes*, et se servir indifféremment de l'un ou de l'autre. Il est préférable cependant d'employer le mot *tumeur blanche;* ce n'est pas qu'il soit le plus propre, mais il est le plus usité.

Une articulation est dite atteinte de tumeur blanche, lorsqu'à la suite d'une douleur profonde, peu intense au commencement, elle est peu à peu enveloppée par une tuméfaction plus ou moins lente dans sa marche, tantôt molle et compressible, tantôt dure et élastique, offrant une peau tendue, sans aucune altération dans sa couleur, et sillonnée par des veines livides et dilatées. Les mouvements de l'articulation sont très-bornés et souvent même impossibles, attendu les souffrances occasionnées aux malades par le moindre frottement des surfaces articulaires.

Cette maladie attaque presque toujours les grandes articulations, et particulièrement les *ginglymoïdales* (on la voit rarement dans les orbiculaires, à l'exception cependant de l'articulation du fémur avec l'os iliaque, où elle est assez fréquente); et parmi les articulations en *ginglyme*, celle qui en est le plus fréquemment frappée, c'est la *tibio-fémorale*.

La tumeur blanche du genou n'envahit pas cette articulation constamment de la même manière. Parfois, en effet, des signes précurseurs peuvent faire présumer quelle sera la maladie qu'on aura bientôt à combattre, tandis que, dans d'autres circonstances, l'affection paraît soudainement; et l'on possède assez d'exemples d'individus qui se sont couchés en parfaite santé, et qui, à leur réveil, ont trouvé un de leurs genoux affecté d'un gonflement considérable, et non de nature rhumatismale, comme on pouvait le croire d'abord, mais présentant les principaux caractères de la véritable tumeur blanche.

Depuis l'invasion de la maladie jusqu'au délabrement qu'elle produit dans toute l'économie, les phénomènes que l'on observe peuvent être partagés en trois périodes.

Première période. La tuméfaction de l'article est ordinairement précédée par une douleur plus ou moins profonde, qui paraît se fixer d'abord au côté interne du genou, et dont l'intensité est très-variable; quelquefois elle ne se fait sentir que pendant certains mouvements ou sous une compression assez forte ; d'autres fois, on souffre au moindre déplacement des surfaces, et la marche est rendue difficile, sinon impossible, dès les premiers moments.

Quelque temps après l'apparition des premières douleurs, le genou commence à grossir ; d'abord cette tuméfaction n'embrasse pas toute l'articulation, elle ne paraît qu'aux environs de la rotule, et surtout aux parties latérales du ligament rotulien inférieur. Ses progrès sont ordinairement lents, et les douleurs qui l'accompagnent ne sont pas toujours proportionnées à l'intensité du gonflement. Il convient même de remarquer

que tantôt les douleurs sont plus fortes au début de la maladie que dans la suite; d'autres fois, au contraire, elles semblent augmenter de jour en jour et s'étendre aux parties environnantes.

La tumeur plus ou moins bien circonscrite est parfois assez molle pour figurer une véritable fluctuation, si l'on ne l'examine pas avec beaucoup d'attention; et si, trompé par l'apparence, on pratique une incision sur sa partie la plus élevée, l'expérience a prouvé qu'il n'en sort qu'une substance *mollasse* et pulpeuse, imbibée d'un fluide visqueux.

La chaleur de la partie n'est presque pas augmentée; la peau conserve, à peu d'exceptions près, sa couleur naturelle; seulement, à cause de sa tension, elle devient lisse et luisante.

Presque aussitôt que les mouvements de l'articulation commencent à être gênés, la jambe se fléchit peu à peu sur la cuisse, formant avec elle un angle plus ou moins obtus. Cette flexion, à la vérité, n'est pas constante, mais on peut ajouter qu'on observe rarement des tumeurs blanches du genou dans lesquelles la jambe reste étendue.

Pendant la première période, il est rare que l'état général des malades soit empiré, à moins que leur santé ne fût délabrée avant l'invasion de la maladie. Ils n'éprouvent qu'un peu d'inquiétude qui est augmentée vers le soir. La durée de cette période est très-variable; la tumeur reste quelquefois des semaines et des mois entiers, sans éprouver le moindre changement.

Seconde période. Mais tout à coup, et sans que le malade sache le plus souvent à quoi l'attribuer, l'articulation affectée devient le siége de douleurs de plus en plus fréquentes et pour ainsi dire continuelles; et souvent ces douleurs ne se bornent pas à l'articulation *tibio-fémorale*, elles se font sentir jusque dans la *tibio-tarsienne* (1). L'intumescence des parties s'accroît; le creux du jarret s'engorge et se remplit; la dureté de la tumeur augmente d'abord pour diminuer ensuite; les muscles de la cuisse et surtout ceux de la jambe dépérissent, ce qui fait paraître la tumeur plus volumineuse qu'elle ne l'est réellement. Les glandes du pli de l'aine s'engorgent et se tuméfient; l'infiltration gagne quelquefois tout le membre.

Des abcès se forment dans différents points de la tumeur; la peau qui les recouvre, distendue à l'excès, s'enflamme et s'ulcère; les ouvertures deviennent fistuleuses, et donnent issue à une collection plus ou moins copieuse de *synovie* altérée et de matière *ichoreuse*; la sortie de cette matière n'apporte que peu de diminution dans le volume de la tumeur. Au moment de cette première évacuation, la matière expulsée est presque inodore, mais d'autres collections purulentes sont bientôt formées; et si les premières ouvertures se sont fermées spontanément, ce qui a lieu quelquefois et d'une manière prompte, d'autres s'ouvrent et laissent couler une sanie ténue qui devient de plus en plus fétide, et qui entraîne parfois avec elle de petits fragments osseux.

Troisième période. Dès ce moment, l'état général des malades devient de plus en plus alarmant. Pendant la période précédente, ils n'ont éprouvé ordinairement que du malaise, du dégoût, de l'insomnie, et ont offert un peu de fréquence dans le pouls: mais, aussitôt la formation et l'ouverture de ces derniers abcès, le malaise, le dégoût et l'insomnie augmentent; la digestion est pénible; la fièvre continue ou rémittente prend le caractère hectique : enfin, des sueurs nocturnes abondantes et des évacuations alvines trop libres et colliquatives épuisent les forces et consomment bientôt la ruine du malade.

La marche de cette dernière période est d'autant plus rapide, que l'ouverture de l'articulation a eu lieu plus près du foyer de la maladie.

Tels sont ordinairement les symptômes qui se succèdent dans cette affection, lorsqu'on ne s'oppose à leur développement par aucun secours thérapeutique (1).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

La description de la maladie telle que nous venons de la donner, et comme on la trouve, au reste, dans la plupart des auteurs, n'est pas assez exacte pour qu'on ne puisse confondre cette affection avec d'autres qui attaquent la même articulation, et qui, à certaines époques, nous présentent à peu près les mêmes symptômes.

C'est ainsi, par exemple, qu'à la suite d'une chute ou d'une violence quelconque, il peut y avoir, ou une *arthrite*, ou un simple *épanchement* de synovie. (Nous laissons de côté les cas où il y aurait plaie, car alors le diagnostic ne sera pas difficile.) Si l'on est appelé au moment même de l'accident, les signes commémoratifs, et l'inflammation assez vive qui se développe sur la partie, peuvent éclairer suffisamment le praticien, pour qu'il ne puisse se tromper sur la nature de l'affection qu'il a à traiter; mais si, par l'insouciance du malade ou par toute autre circonstance, on est appelé un peu tard, l'inflammation aura passé à l'état chronique; il y aura eu, peut-être, formation d'un abcès au-dessous des parties molles engorgées, et le genou présentera la peau *blanche* et *tendue*, de la *mollesse*, de l'*élasticité*, etc., ce qui se voit également pendant la première période de la tumeur blanche.

(1) M. Blandin a remarqué (Concours pour une chaire de clinique externe), que toute tumeur blanche articulaire, entraîne des douleurs dans l'articulation immédiatement inférieure. J'ai constaté le fait dans la plupart des cas.

(1) Je n'ai point fait mention du déplacement qui peut avoir lieu entre les surfaces articulaires, et dont quelques auteurs ont beaucoup parlé, attendu que ce phénomène est rare.

Ces affections, à la vérité, peuvent finir par dégénérer en tumeurs blanches, si comme nous le verrons dans la suite, l'individu est attaqué par le *vice scrofuleux;* mais, dans les cas ordinaires, on finit par les vaincre à l'aide du traitement qui leur est propre; et il serait alors inutile, sinon dangereux, de soumettre ces malades à une thérapeutique active, lorsque, par un simple coup de *bistouri,* on peut obtenir quelquefois leur guérison.

Quant on a à prononcer sur la nature d'une tumeur située à l'articulation *tibio-fémorale,* après s'être informé des différentes circonstances qui peuvent avoir précédé ou accompagné le développement de la maladie, il ne reste qu'à faire usage du *toucher ;* ce n'est qu'à l'aide de ce sens qu'on peut obtenir un diagnostic sûr, car l'aspect seul de la tumeur est souvent insuffisant.

Les engorgements du genou, suite d'une inflammation aiguë, gardent ordinairement l'empreinte du doigt, lorsqu'on les presse tant soit peu ; et lorsque l'inflammation a été produite par une violence extérieure, la tumeur présente un point de sa surface qui est plus dur que tous les autres ; l'état de mollesse augmente à mesure qu'on s'éloigne de ce point, et s'étend autour de lui, le plus souvent, en zones. La tuméfaction, en outre, est plus égale ; il est rare qu'elle présente les *bosselures* qu'on remarque dans les tumeurs blanches.

Comme nous le verrons dans l'article suivant, toute tumeur blanche du genou est toujours accompagnée d'un épanchement plus ou moins considérable de synovie : ce fluide épanché, joint à l'état de mollesse que nous présentent ordinairement ces tumeurs, peut en imposer pour une simple hydropisie de l'articulation ; et, d'un autre côté, ces mêmes hydrarthroses, entourées de parties molles engorgées, ont pu simuler quelquefois des tumeurs blanches. Les signes tirés de l'état général du malade sont ici d'un grand secours, et je ne crois pas qu'il y ait aucun caractère bien distinctif entre ces deux affections, au moins à leur début, si ce n'est que, dans l'hydropisie de l'articulation du genou, les douleurs sont toujours plus fortes au commencement de la maladie que dans la suite.

Consécutivement à la suppression subite d'une blennorrhagie, on voit parfois un des deux genoux être entouré d'un gonflement considérable, ayant extérieurement quelque analogie avec la tumeur blanche; Dupuytren, notamment, en a fait remarquer plusieurs cas. La cause de la maladie étant connue, il est difficile d'en déduire un diagnostic erroné.

Il y a des cas enfin où l'on a besoin de s'assurer s'il y a seulement hydropisie ou épanchement purulent aux environs de l'articulation.

Lorsque le pus siége en avant de la rotule ou en arrière dans l'espace poplité, la chose est facile à connaître, pour peu qu'on ait le tact exercé ; il n'en est pas de même si le pus existe ailleurs. Cependant, en faisant ramasser avec la paume des mains les parties latérales du genou, si le liquide se trouve dans l'intérieur de l'articulation, il est évident que la rotule sera portée en avant; dans le cas contraire, le liquide passera au devant de cet os et pourra être facilement senti. Au reste, règle générale, si la matière épanchée est dans l'intérieur de l'articulation, en pratiquant le toucher dans différents sens, il sera aisé de la faire passer ou de gauche à droite, ou de haut en bas, ou d'arrière en avant, etc. ; ce qui ne pourra jamais avoir lieu, de la même manière au moins, si l'épanchement existe hors de la cavité articulaire.

Mais, lorsque la flexion de la jambe sur la cuisse empêche de tirer aucun signe du déplacement de la rotule, le meilleur moyen pour s'assurer si le liquide se trouve en dehors ou en dedans de l'articulation est celui que M. Lisfranc indique dans ses leçons de clinique à l'hospice de la Pitié (1).

(1) En faisant *ses spécialités* sur quelques points de pathologie chirurgicale, M. Lisfranc a parlé, dans le courant de l'année dernière (1832), de la *fluctuation en général.* Je ne crois pas déplacé de répéter ici quelques-unes de ses remarques ; d'autant mieux qu'elles se rapportent, en grande partie, à la manière de pratiquer le toucher.

« Les signes par lesquels on arrive à reconnaître l'existence de foyers purulents se divisent entre ceux qui indiquent : 1° que le pus se formera ; 2° qu'il se forme ; 3° qu'il est formé.

« 1° Lorsque la cause irritante a été forte, que l'affection existe dans un lieu environné de tissu cellulaire, et que l'individu est sanguin, on a des raisons de craindre que la maladie ne se termine par la suppuration.

« 2° Si l'inflammation a persisté pendant sept ou huit jours et plus, si la douleur est pulsative, et si le malade, en outre, éprouve de la chaleur à la plante des pieds et à la paume des mains, on pourra présumer que le pus se forme.

« 3° Enfin, si la douleur est gravative, s'il existe de la mollesse au milieu de la tumeur, que la peau se soit amincie, etc., etc., il y aura tout lieu de croire que le pus est formé ; nous en acquerrons la certitude par le toucher : examinons donc les manœuvres nécessaires pour bien toucher.

« Il faut d'abord faire fixer la partie sur laquelle on doit agir, et bien assujettir la tumeur ; ce qui a l'avantage de ramasser le fluide qui peut se trouver épars, et de le rapprocher du centre. *A*. Appliquant ensuite la main à plat contre une face de la tumeur, on frappe le côté opposé avec un ou plusieurs doigts ; quelquefois, par ce moyen, on perçoit la sensation très-distincte d'un liquide qui vient frapper contre la paume de la main, mais souvent on n'obtient rien du tout. *B*. On doit alors appliquer légèrement la face palmaire des deux mains sur des parties opposées de la tumeur ; on pousse doucement avec l'une d'elles, et l'autre est soulevée par la colonne du liquide. *C*. Un troisième moyen, enfin, consiste à presser successivement sur la face supérieure de la tumeur avec le bout palmaire des trois doigts du milieu, tenant écartés le pouce et le petit doigt; l'exploration faite de cette manière n'est pas toujours infaillible. Pelletan préférait donner un coup sec sur la tumeur, en se servant des trois doigts du milieu ; de cette manière on approche la paroi antérieure du foyer de la postérieure; on en est averti par une sensation de *dureté ;* il faut alors cesser tout à coup la compression sans abandonner la peau ;

» Il est de fait, observe-t-il, que la moitié postérieure des faces latérales de la capsule fibreuse » ne peut prêter à l'extension par aucun liquide » qui y soit contenu : par conséquent, toutes les » fois que la fluctuation sera bien manifeste à l'une » de ces deux régions, il est évident que le liquide » existera en dehors de cette capsule. »

Il est presque inutile d'ajouter qu'une fois qu'on a déterminé si l'épanchement se trouve en dehors ou en dedans de l'articulation, on sait si l'on a affaire à une hydrarthrose ou à une collection purulente.

Il serait assez important aussi, avant de commencer le traitement des tumeurs blanches, de pouvoir distinguer celles qui débutent par les parties molles de celles qui ont leur siége primitif sur les os, car cette distinction peut amener à insister plus ou moins dans le traitement local; mais il est difficile d'établir, sur ce point, un diagnostic positif. Le signe caractéristique (la dureté), qu'on a voulu donner à la seconde espèce de ces tumeurs, peut aussi bien être vérifié dans la première ; car, si l'on en excepte la tumeur blanche dite *fongueuse*, qui est toujours molle, toutes les autres présentent une consistance souvent peu différente ; et le gonflement des os est très-bien simulé par des engorgements tellement durs, qu'on dirait que la peau recouvre des cailloux. On n'est détrompé que lorsque, par les progrès du traitement, le ramollissement se manifeste, et la tumeur devient mobile sur les os dont on la croyait une dépendance. Mais encore une fois, ce n'est qu'après que le traitement a commencé à produire ses effets qu'on peut éclaircir ce point de diagnostic.

ÉTAT PATHOLOGIQUE.

Les altérations organiques qu'on observe au genou, à la suite d'une tumeur blanche, sont sujettes à de nombreuses variétés dépendantes de l'ancienneté de la maladie. Nous noterons les principales qu'on peut classer en trois degrés, correspondant chacun à l'une des trois périodes dont nous avons parlé.

Premier degré. La peau blanche et luisante est amincie et couverte par des veines dilatées. Le tissu cellulaire sous-cutané, d'un blanc terne, est souvent hypertrophié et imbibé d'une humeur glaireuse. Le paquet graisseux, qui entoure ordinairement le ligament rotulien, est parfois le siége d'une tuméfaction qui donne lieu à deux petites tumeurs élastiques placées aux bords latéraux de ce ligament. Plus profondément des flocons de tissu cellulaire devenu jaunâtre sont séparés par des lames celluleuses abondant en vaisseaux sanguins, rouges, épaissies et ramollies ; plus avant encore, on trouve des granulations blanches, assez semblables à des tubercules. On arrive enfin à une masse blanche, lardacée, plus ou moins consistante, formée en grande partie par les ligaments de l'articulation (1).

Dans ce degré, les parties profondes peuvent présenter deux états bien différents : dans l'un, la capsule synoviale n'a éprouvé aucun changement, la synovie seulement est un peu plus abondante que dans l'état normal ; les cartilages et les os n'offrent aucune lésion : dans l'autre, on trouve les extrémités articulaires gonflées, ramollies, les cartilages ulcérés ; la synoviale, d'un rouge brun, est remplie d'un liquide séro-sanguinolent. On est presque étonné de trouver tant de lésions profondes avec si peu de changements dans les parties superficielles.

Second degré. Plus tard, les muscles de tout le membre sont en partie atrophiés, et le tissu cellulaire qui forme leurs gaînes est plus ou moins infiltré; les nerfs sont plus consistants que dans l'état naturel. La capsule fibreuse et les ligaments croisés sont quelquefois détruits presque en entier ; alors les extrémités osseuses ne sont encore que gonflées et un peu ramollies. Mais d'autres fois leur ramollissement est tel qu'on peut facilement introduire le scalpel dans leur épaisseur ; en mouvant les surfaces articulaires en sens opposé, on obtient une sensation et un bruit de crépitation, comme si l'on frottait l'un contre l'autre deux morceaux de porcelaine (2). La carie est très-avancée, les cartilages à moitié détruits peuvent être détachés sans effort des parties qu'ils recouvrent; et on trouve alors la capsule fibreuse, les ligaments inter-articulaires, et même la membrane synoviale, sinon parfaitement sains, du moins ayant encore très-peu souffert.

Troisième degré. A cette époque, la suppuration a détruit presque tous les tissus. Il est impossible de distinguer si les altérations organiques sont plus intenses aux parties dures qu'aux parties molles de l'articulation. En réunissant par des incisions les ouvertures fistuleuses qui existent ordinairement à la peau, on trouve une espèce de bouillie plus ou moins purulente et fétide, au milieu de laquelle on ne peut souvent distinguer les différentes parties qui composaient auparavant l'articulation.

La capsule fibreuse offre l'aspect d'un tissu froissé et déchiré ; on n'aperçoit aucune trace de membrane synoviale ; il y a à peine quelques restes des ligaments croisés ; les cartilages sont détruits en entier dans quelques points, et, dans d'autres, ils sont parfois transformés en un tissu *fongueux* et *rougeâtre* de consistance variable (3).

» le liquide, qui avait été d'abord refoulé vers la circon- » férence de la tumeur, revient promptement au centre, et » produit sur la main une sensation qui ne peut être équi- » voque. »

(1) Lisfranc, *Gazette médicale* de 1835, page 264.
(2) Lisfranc, *loco citato*.
(3) Dans le cas où les cartilages articulaires ont subi une semblable transformation, toute l'articulation malade

Les extrémités osseuses présentent d'ordinaire un volume plus considérable que dans l'état normal; Roussel, Crowther et quelques autres n'admettent pas cette altération ; S. Cooper dit qu'elle est très-rare ; mais, sans vouloir nier les cas particuliers qu'ils auront observés, on peut avancer que ce n'étaient là que des exceptions à ce que l'on trouve généralement.

Dans quelques points, le périoste est entièrement détruit, dans d'autres il a augmenté de densité. Enfin, la carie a rongé plus ou moins profondément les extrémités fémorale et tibiale et a produit sur leur surface quelques *digitations*, en détachant de petits fragments osseux que l'on trouve encore au milieu de l'articulation ou qui ont été expulsés par la suppuration.

Quelques auteurs prétendent que le tibia est toujours plus carié que le fémur ; plusieurs disent, au contraire, que les *condyles* du fémur sont ordinairement plus endommagés par la carie que les *tubérosités* du tibia. J'ai eu occasion d'assister à plusieurs autopsies de tumeurs blanches du genou, et il m'a toujours été impossible de distinguer, des deux extrémités osseuses, quelle était la plus cariée. A plus forte raison, je n'ai jamais vu de ces cas rapportés par Roussel, où la *surface articulaire du fémur ne présente pas un seul point raboteux, quoique celle du tibia soit très-endommagée.*

CAUSE, NATURE ET PRONOSTIC

DE LA MALADIE.

Lorsqu'on lit, dans certains auteurs, le nombre des causes qu'ils admettent comme propres à donner lieu à la formation des tumeurs blanches, on est étonné que cette maladie ne soit pas partout *épidémique*. D'abord, on a beaucoup accordé aux causes externes accidentelles, comme les chutes, les coups, une distension violente, un exercice trop longtemps prolongé, etc. Volpi est allé jusqu'à affirmer (1) que, sans le secours d'une de ces violences extérieures, les autres causes que nous allons énumérer sont *insuffisantes*. Ensuite, on a admis que le rhumatisme, les diathèses scrofuleuse et cancéreuse, le scorbut, l'infection vénérienne invétérée, la rétrocession des exanthèmes, l'épuisement général des forces, etc., étaient autant de causes internes pouvant produire des tumeurs blanches.

donne au toucher la sensation d'un tissu mou, spongieux, comme si l'on palpait un lipome. La tumeur est composée d'un tissu rougeâtre, comme érectile, parsemée d'une plus ou moins grande quantité de petites granulations blanches, et ayant l'aspect du tubercule ; elle s'abcède alors très-facilement, et donne issue à un pus sanieux et grisâtre.

M. Lisfranc a été le premier à décrire cette variété, à laquelle il a donné le nom de *tumeur fongueuse*.

(1) *Saggio di osservazioni e di esperienze*. Vol. 12, p. 3.

Pour répondre à ceux qui veulent trop accorder aux causes extérieures, il suffit de remarquer que, dans la moitié des cas au moins, la maladie se développe, sans que la personne qui en est atteinte se rappelle avoir souffert la moindre violence sur la partie affectée.

D'un autre côté, lorsqu'on réfléchit sur les faits suivants :

1° Que le tempérament lymphatique est le plus exposé aux tumeurs blanches ;

2° Que ces tumeurs sont plus fréquentes dans l'enfance et dans la jeunesse que dans l'âge adulte, et, à plus forte raison, que dans la vieillesse, où je ne sais pas même si l'on en a jamais vu ;

3° Que les femmes en sont plus fréquemment atteintes que les hommes ;

4° Que l'habitation sous un climat froid et surtout humide ; que la mauvaise nourriture, et certaines professions qui obligent les individus à avoir souvent leurs extrémités inférieures plongées dans l'eau, prédisposent singulièrement à la maladie ; circonstances qui, toutes réunies, déterminent la *constitution scrofuleuse.*

Lorsqu'on pense, enfin, que la marche des tumeurs blanches est toujours la même; que les phénomènes morbides qui les accompagnent et les lésions organiques qui les suivent sont toujours identiques, quelle que soit l'articulation sur laquelle ces tumeurs se montrent ; toutes ces considérations autorisent à croire que cette maladie n'a, à proprement parler, qu'une seule *cause efficiente :* le vice scrofuleux.

Il peut se faire que quelquefois la constitution scrofuleuse du malade soit compliquée par les virus syphilitique, psorique ou autre ; mais on ne doit tenir compte de ce fait que comme *circonstance concomitante ;* et toutes les fois qu'une irritation quelconque, rhumatismale, par exemple, se fixera sur l'articulation du genou, de deux choses l'une : ou la constitution du malade est scrofuleuse, et il pourra y avoir, dans la suite, formation d'une tumeur blanche (l'irritation rhumatismale aura été, ici, cause occasionnelle) ; ou l'individu est doué d'une bonne constitution, et, dans ce cas, on ne pourra avoir affaire qu'à une arthrite ordinaire.

Concluant maintenant, d'après les symptômes, les lésions organiques et les causes de cette maladie, nous dirons que :

1° La tumeur blanche du genou consiste dans un engorgement des tissus mous articulaires ou des extrémités osseuses elles-mêmes, affectant une marche lente et chronique. Cet engorgement, dont la forme particulière est déterminée par l'habitude scrofuleuse, est, dans tous les cas, de nature inflammatoire; mais tantôt l'inflammation est manifeste, tantôt elle est obscure et latente.

2° Cette inflammation est souvent le produit d'une irritation directe dépendante du vice scrofuleux, et alors la maladie se développe *sponta-*

nément ; parfois aussi elle est d'abord suscitée par une cause irritante extérieure, et est modifiée ensuite par l'état général de l'individu.

3° Dans quelques cas, la maladie commence par le tissu osseux et marche de dedans en dehors ; cela arrive ordinairement chez les enfants, et alors la maladie s'est développée spontanément: d'autres fois, au contraire, elle a son siége primitif sur les parties molles, et s'étend peu à peu vers les extrémités osseuses; c'est ce qui a le plus souvent lieu chez les adultes, et dans ce cas, l'inflammation a été primitivement déterminée par une cause extérieure (1).

4° Je ne puis admettre enfin, avec quelques auteurs, l'existence de tumeurs blanches idiopathiques, c'est-à-dire indépendantes d'un état morbide général. Si un engorgement articulaire est vraiment idiopathique ; s'il n'est pas accompagné ou soutenu par un état morbide général, il guérit promptement sous l'influence de quelques remèdes locaux et du repos ; et je ne crois pas, je le dis hardiment, qu'on puisse guérir de cette manière les véritables tumeurs blanches : mais si la tumeur, affectant une articulation, ne cède point aux remèdes locaux, si on a besoin, pour obtenir une guérison complète, d'avoir recours à un traitement général, on ne peut croire qu'une pareille affection soit idiopathique. Toutefois, il faut admettre que, dans certains cas où la constitution du malade n'est pas bien dessinée, et où surtout la tumeur locale offre, autant par ses causes déterminantes que par la marche qu'elle a suivie dans son développement, un diagnostic obscur, il faut admettre, dis-je, que dans ces cas il est fort difficile, pour ne pas dire impossible, de pouvoir établir *à priori* quelle est la nature de la tumeur qu'on a à combattre. Jusqu'à présent, notre art possédait peu de moyens propres à distinguer les affections générales des maladies purement locales; et il était réservé à Rasori d'éclaircir une question si importante pour la pratique médicale : « Administrez à votre malade, dit-il, un remède » actif dont l'action soit bien connue; s'il le tolère, » on peut être sûr que la maladie n'est point lo- » cale, et qu'il y a un état morbide général. » Ce que Rasori pose en thèse générale peut très-bien nous servir à distinguer les tumeurs idiopathiques de celles qui n'en ont que les apparences. En effet, si l'on administre à un malade atteint de tumeur blanche une bonne dose de muriate de baryte, sans que le remède produise ni *coliques*, ni *diarrhées*, ni *vomissements*, on peut être certain que l'engorgement articulaire est accompagné par un état morbide général. Administrez, au contraire, le même remède à un individu qui n'aura qu'une affection purement locale : des coliques, des vomissements, la diarrhée, des défaillances, etc., seront les effets du remède, et ne cesseront que lorsqu'on en aura cessé l'emploi.

On commet des erreurs graves de diagnostic, quand on ne base son jugement que sur les quelques symptômes locaux qu'on observe ; et on voit alors de ces phénomènes extraordinaires qu'on croit inexplicables. Ainsi, par exemple, si l'on a à traiter une tumeur blanche qu'on ne croit pas accompagnée par un état morbide général, on se contente d'appliquer des remèdes locaux, et de recommander tout au plus un régime doux et le repos. Cependant, la maladie persiste, et, à la suite d'une cause déterminante, serait-elle des plus légères, une inflammation violente, la gangrène même, comme on le voit dans un cas rapporté par M. Lisfranc (*Gazette médicale de* 1835, p. 264), s'empare de la tumeur, et ce n'est qu'avec l'amputation du membre qu'on peut espérer de sauver la vie au malade. Il est évident pour nous que, dans le cas que nous venons de citer, la *morsure de cinq sangsues* n'aurait pu suffire à déterminer une inflammation si intense, sans la coïncidence d'un état morbide général et hypersthénique.

Aussi le pronostic de toute tumeur blanche dépend autant presque du degré auquel est arrivée l'affection générale scrofuleuse que du degré des lésions organiques des parties constituant l'articulation ; et, par conséquent, toutes choses égales d'ailleurs, les tumeurs blanches *déterminées* par une cause externe présenteront plus de chances favorables à la guérison que celles qui se seront développées *spontanément*.

De toute manière, au reste, le pronostic de cette affection est toujours grave ; car si, d'un côté, la maladie, livrée à elle-même, offre des exemples extrêmement rares de guérison spontanée, il faut convenir aussi que, si l'on n'a pas recours de bonne heure aux soins de l'art, les moyens curatifs les mieux combinés resteront souvent infructueux. Dans tous les cas, il est difficile d'éviter l'ankylose.

INDICATIONS CURATIVES ET TRAITEMENT.

Lorsque le diagnostic de la maladie a été bien établi, il s'agit d'en déduire les indications curatives ; et puisque la cause efficiente de l'affection se trouve dans la constitution scrofuleuse, deux choses se présentent naturellement :

1° Corriger d'abord cette constitution ;

2° Traiter ensuite la maladie locale.

Le traitement général est ce qu'il y a ici de plus important dans le plus grand nombre des cas, car la tumeur du genou ne doit être considérée que comme symptôme de l'affection générale ; et l'ex-

(1) C'est sur cette circonstance que B. Bell a appuyé sa division des tumeurs blanches *en rhumatismales* et en *scrofuleuses*.

périence a prouvé que, lorsque des praticiens appelés trop tard auprès du malade, ou guidés par de faux principes, avaient pratiqué l'amputation du membre, sans faire subir préalablement ou consécutivement un traitement général à la personne affectée, quelque temps après l'opération, une autre tumeur blanche se présentait sur une autre articulation, et, rapide dans sa marche, elle ne tardait pas à soumettre l'individu à la fâcheuse nécessité d'une nouvelle mutilation. D'autres malades ont succombé à la suite de dépôts à la poitrine, d'engorgements glandulaires au mésentère, ou par suite enfin de toute autre affection profonde de quelque viscère important.

Mais pour établir un traitement général bien *rationnel*, il faudrait le baser sur des indications positives, et celles-ci ne *se forment que dans le sein même de la nature des maladies* (1). Or, peut-on se vanter de bien connaître la nature des scrofules? Est-il exact d'admettre avec la plupart des auteurs, qui ont reconnu *qu'une des principales causes de la tumeur blanche est le vice scrofuleux;* est-ils exact d'admettre dis-je, que cette affection qu'on croit de *nature asthénique* occasionne souvent des maladies locales hypersthéniques? Et d'ailleurs, supposant même qu'on arrive à prouver (ce qui ne sera pas trop difficile), avec Ranieri Comandoli (2) et plusieurs autres *que la faiblesse ou atonie dans la maladie scrofuleuse n'est qu'illusoire,* est-on bien d'accord sur l'action des médicaments? Quant à moi je puis affirmer avoir vu administrer, contre des maladies réputées inflammatoires par tous les médecins, des médicaments appelés *toniques* et *excitants* dans la plupart des matières médicales, et un pareil traitement a été souvent suivi de succès, et jamais d'*inconvénients*, comme on pourrait se le figurer d'abord.

Que peut-on conclure de cela? C'est que l'on se trompe ou sur la nature des maladies, ou sur l'action des médicaments. Le parti le plus sage me paraît celui de raconter les faits avec détail; et lorsqu'on arrive aux explications qu'on en a données, et qui contiennent toujours quelques vérités, il ne faut pas les soutenir avec acharnement, comme si elles étaient infaillibles, mais se contenter de défendre leur probabilité, et s'en tenir toujours aux idées pratiques si elles sont trouvées bonnes.

Mon intention n'est donc pas d'élever ici une discussion sur la nature des scrofules, et moins encore sur l'action du médicament que je préfère pour leur traitement. Mais afin de mieux exposer de quelle manière ce remède doit être administré pour qu'il réussisse, je consignerai à la fin de cet écrit quelques idées du célèbre Rasori, à qui on doit la doctrine du contre-stimulus, et à qui on ne saurait refuser la gloire de nous avoir enrichis des plus beaux travaux qui aient été faits jusqu'à ce jour sur l'action des remèdes dits *héroïques*.

Pour ce qui regarde le traitement local de la tumeur blanche, la nature de cette affection, évidemment inflammatoire, permet d'en déduire des indications curatives claires et précises.

DU TRAITEMENT GÉNÉRAL.

La première partie du traitement général peut être appelée *hygiénique*, la seconde *pharmaceutique*.

Première partie. Puisque parmi les causes de la maladie qui nous occupe, nous avons énuméré l'habitation dans un lieu bas et humide, et le voisinage d'un marais, si le malade se trouve dans une pareille position, il faudra lui conseiller de changer d'air; le séjour sur un sol sec et élevé sera favorable à la guérison. Il faut éloigner de lui tout ce qui peut affecter son moral; la maladie ne dispose que trop à la tristesse.

Il ne convient nullement de forcer les malades à garder un repos absolu et trop prolongé, car d'une semblable pratique proviennent des ankyloses qu'on aurait pu éviter. Au reste, non seulement le repos absolu peut être nuisible à l'affection locale, mais encore à l'état général du malade.

Dès que le genou commence à être atteint, on voit parfois la jambe fléchir sur la cuisse, ce qui rend le membre inutile, lorsque l'ankylose le surprend dans cette position; il est, par conséquent nécessaire, afin d'éviter un pareil inconvénient, de faire exécuter tous les jours, par le malade, quelques légers mouvements d'extension. Souvent la crainte de souffrir rend les malades assez pusillanimes pour leur faire tenir le membre dans le plus parfait repos; le médecin doit alors produire lui-même ces mouvements, sans oublier de ramener toujours la jambe à la flexion qu'elle avait la veille, avant de pratiquer une nouvelle extension; en agissant autrement, on s'expose à ce que la flexion de la jambe ne soit plus permise aux malades, après avoir obtenu son extension complète. On doit s'abstenir de ces mouvements lorsque l'affection est à l'état aigu; ils augmenteraient l'inflammation.

Le régime auquel doivent se soumettre les malades varie nécessairement suivant leur âge, leur sexe et leurs habitudes particulières. Ce qui convient à tous également, c'est de ne point faire usage de substances animales. On doit leur interdire toutes les boissons spiritueuses; il n'y a aucun inconvénient toutefois à ce qu'ils prennent du café et du thé. Quand le genou est passé à l'état de suppuration, il faut bien se garder de tenir les malades à une diète absolue, car cela peut les faire

(1) *Gazette médicale*, n° 29, 7 mars 1833.
(2) Note à la fin du 8e volume de Frank (traduct. italienne) : *Compendio di medicina*.

vivre trop de leur propre substance et faciliter ensuite la réabsorption du pus.

Toutes les tisanes et décoctions préparées avec des plantes amères, telles que la gentiane, le quassia, la chicorée, etc., ne peuvent être qu'utiles aux malades.

Seconde partie. Il y a peu de substances un peu actives dans nos pharmacies, qui n'aient été mises en usage pour *traiter le vice scrofuleux,* ou, si l'on aime mieux, pour *corriger la constitution scrofuleuse.* Au dire des auteurs, chaque médicament compte de nombreux succès, et, en résumé, tous auraient également échoué. Il n'est pas difficile, ce me semble, de s'expliquer la cause principale de tous ces insuccès.

Il est de fait que les scrofules ne marchent jamais vers la guérison que d'une manière fort lente; d'un autre côté, les remèdes n'agissent pas sur-le-champ, et il faut souvent les administrer avec beaucoup de persévérance et d'exactitude, pour qu'ils produisent quelques effets qui ne sont eux-mêmes sensibles pour le malade qu'au bout d'un laps de temps plus ou moins long. Qu'en résulte-t-il? C'est que l'inquiétude et l'impatience du malade augmentent chaque jour; le médicament qu'il prend l'*ennuie*; il faut de toute force qu'on en essaie un autre : le médecin est parfois assez faible pour céder aux instances du malade; un second remède est bientôt mis en usage, pour être remplacé plus tard par un troisième et ainsi de suite. De cette manière, ni les uns ni les autres n'ont eu le temps d'agir, et l'on finit par dire que *tous ont été inutiles.*

Avant de se prononcer *pour* ou *contre* un médicament, il faut attendre que son action se soit manifestée; et cette action, quelle qu'elle soit, tarde toujours plus ou moins à se montrer, suivant le degré de la maladie et la dose à laquelle on emploie le médicament.

Parmi les remèdes qu'on a le plus vantés comme propres à obtenir la guérison des scrofules, on doit, sans doute, compter le *muriate de baryte* (1), *les préparations martiales et iodurées et les mercuriaux* (particulièrement lorsque la maladie est compliquée par le virus syphilitique) (2); mais, de toutes ces substances, le muriate de baryte est celle dont on a le plus parlé.

Ce sel a été employé pour la première fois comme médicament, par A. Crawfort, vers la fin du dernier siècle; et c'est dans l'hôpital Saint-Thomas de Londres que ce médecin a pu constater les propriétés médicinales du muriate de baryte, spécialement contre les scrofules. Les expériences de Crawfort furent répétées d'abord en Allemagne, où elles obtinrent beaucoup de succès, et ensuite en France, où, suivant les uns, *le muriate de baryte a été de quelque utilité dans le traitement des scrofules,* et où, suivant d'autres, *on n'a jamais retiré aucun avantage de son emploi.*

En Angleterre, comme en Allemagne et en France, on n'a jamais administré le muriate de baryte qu'à des doses très-faibles; et quelques savants ont même affirmé, dans ces derniers temps, qu'il fallait éloigner ce médicament de toute saine thérapeutique; *car peu de grains de muriate de baryte agissent comme poison sur l'homme.* Nous verrons plus loin jusqu'à quel point cette assertion est fondée.

Enfin, on a souvent administré le muriate de baryte avec d'autres substances (avec du muriate de fer, par exemple, comme le faisait Crawfort), et voilà aussi ce qui peut avoir contribué à ce que les résultats n'aient pas été partout les mêmes.

Pour éviter, autant que possible, les répétitions, nous allons examiner d'abord le traitement local propre à la tumeur blanche du genou; nous reviendrons ensuite au traitement général, et par conséquent à l'emploi du muriate de baryte, en parlant de la pratique de Rasori, qui comprend à la fois le traitement local et général.

DU TRAITEMENT LOCAL.

D'après la manière dont se manifestent les symptômes de l'affection locale, on voit qu'elle affecte tantôt l'état aigu et tantôt l'état chronique. Les moyens curatifs doivent varier suivant ces deux états; et quoique la résolution de la maladie soit rare, surtout si elle a débuté par les parties profondes de l'articulation, il faut toujours commencer par tenter de l'obtenir; on n'aura ensuite qu'à favoriser l'ankylose si la résolution n'est pas possible.

État aigu. Lorsque l'inflammation est à l'état aigu (ce qui est spécialement marqué par la violence des douleurs et par un mouvement fébrile plus intense) et que la surface extérieure du genou est sillonnée par des stries rouges, on retire toujours un grand avantage de l'emploi des sangsues : il faut les appliquer sur cette espèce de *cercle* qui sépare la partie enflammée des parties saines; et il est toujours nécessaire d'ôter beaucoup de sang, si l'on ne veut obtenir un effet contraire à celui qu'on se propose, attendu l'irritation locale produite par la morsure des sangsues. De toutes les

(1) Chlorhydrate de baryte.

(2) Les préparations mercurielles ont été particulièrement recommandées dans le traitement des tumeurs blanches, par M. O'Beirne, de Dublin (voyez *Gazette médicale* de 1834, p. 520). Dans un mémoire lu à la Société royale d'Irlande, en 1834, ce praticien annonce que le mercure, administré à l'intérieur jusqu'à produire la salivation, diminue et enlève la douleur des tumeurs blanches, et guérit ces maladies.

M. Lisfranc, qui ne néglige dans aucune circonstance de prouver combien il tient aux progrès de la science, a expérimenté encore cette méthode, et n'est pas parvenu à des résultats aussi brillants que ceux énoncés par son auteur; toutefois on a obtenu, par ce traitement, d'assez bons effets, dans des cas où les tumeurs articulaires étaient à l'état aigu.

manières, les parties molles présentent un peu plus de tension après qu'avant la saignée, et il est pour cela nécessaire d'appliquer un cataplasme émollient autour du genou, après la chute des sangsues, ce qui facilite aussi l'écoulement du sang. A défaut de sangsues, on pourra obtenir le même effet à l'aide de *ventouse à pompe*.

Les saignées locales doivent être souvent répétées; mais nous remarquerons, avec M. Lisfranc, qu'il ne convient pas non plus de les pratiquer trop rapprochées les unes des autres, car l'effet du premier dégorgement ne se présente parfois que deux ou trois jours après, et il faut en attendre le résultat, plutôt que de le compromettre par une nouvelle saignée. Autant que possible, il faut laisser un intervalle de trois à quatre jours de l'une à l'autre.

Les bains d'eau froide préconisés par B. Bell, longtemps continués, peuvent avoir beaucoup de part à la résolution de la maladie; il convient d'aider leur action avec *l'acétate de plomb, l'hydrochlorate d'ammoniaque,* ou simplement du vinaigre. On peut tirer aussi beaucoup d'avantages de l'emploi des vésicatoires; mais, au lieu de les appliquer sur la tumeur elle-même, comme cela est généralement conseillé, il vaut mieux suivre le précepte de M. Lisfranc et les placer à la partie supérieure et externe de la cuisse.

Lorsqu'on peut présumer, dès le début de la maladie, qu'elle a commencé par les parties dures de l'articulation, au lieu d'employer les vésicatoires, il est plus utile, suivant Ford (1), de pratiquer trois ou quatre escarres (avec la potasse) sur les parties les plus tuméfiées du genou : « L'expérience nous prouve, dit-il, que les vési- » catoires ont la faculté d'empêcher la suppura- » tion des parties affectées tout près de la peau; » tandis que les cautères ont le même pouvoir sur » les parties situées profondément. » Les modernes préfèrent produire ces escarres avec le *moxa.* Il a surtout été vanté par M. Larrey, et il était très-souvent mis en usage par Dupuytren. Il faut le brûler avec lenteur, et en appliquer au moins quatre à différentes reprises, pour bien juger de ses effets.

Enfin, à cette même époque, lorsque la tumeur est trop douloureuse, et que le malade est depuis longtemps en proie à une cruelle insomnie, on ne craint pas, et Boyer entre autres, d'administrer l'*opium* à l'intérieur et à l'extérieur. J'ai toujours observé que l'emploi de ce médicament, dans une pareille circonstance, donne au malade quelques heures de repos, on ne saurait le nier; mais, peu de temps après, les douleurs recommencent, et avec d'autant plus d'intensité, que la dose d'opium a été plus forte. Il me semble qu'il convient d'être toujours très-sobre dans la prescription de ce remède, surtout à l'intérieur; et, dans le cas qui nous occupe, on peut y substituer avec avantage la *jusquiame,* qui procure du repos aux malades sans augmenter l'inflammation. On fait tomber quelques gouttes de son *extrait,* convenablement préparé, sur un cataplasme émollient, avec lequel on enveloppe le genou : il faut prendre garde que ce cataplasme ne soit jamais trop chaud, et on doit le changer quand il est tout à fait froid.

État chronique. On reconnaît que l'inflammation a passé à l'état chronique, lorsque, quoique la tumeur soit devenue presque indolente, elle ne diminue pas de volume, et les mouvements de l'article ne sont pas plus libres qu'auparavant, ou du moins très-peu. Il faut alors ordonner des *frictions mercurielles,* ou la pommade d'*hydriodate de potasse :* on doit frotter la partie lentement et ne pas exercer une pression trop forte. En faisant ces frictions avec une flanelle, on a l'avantage de développer de la chaleur sur la surface du genou, et de faciliter par là l'absorption de la pommade.

Quelques auteurs vantent beaucoup aussi le liniment volatil camphré, les emplâtres de gomme ammoniaque avec du vinaigre scillitique, les boues naturelles des eaux minérales, les boues sulfureuses, les vapeurs d'esprit de vin dirigées avec force contre le genou, ce qui a été notamment proposé par Richter, ou encore les vapeurs d'eau chaude simplement ou d'eaux thermales. Tous ces moyens doivent avoir une action différente les uns des autres, je crois même que leurs résultats seront souvent opposés; toutefois, je ne pourrais affirmer s'ils sont plutôt nuisibles qu'utiles, car je n'ai jamais eu occasion de les voir mettre en usage.

La compression, exercée méthodiquement et avec constance, produit souvent de bons effets; mais il faut attendre, pour s'en servir, que la tumeur soit tout à fait à l'etat chronique, et il faut la faire cesser aussitôt que les douleurs du genou deviennent plus intenses, si l'on veut éviter d'augmenter l'inflammation, au lieu de diminuer la tumeur. La compression a été proposée par plusieurs praticiens, mais elle est spécialement mise en usage par M. Lisfranc, à l'hospice de la Pitié : il l'a en outre graduée, afin de pouvoir s'en servir à des *doses différentes.* Dans le premier degré, la compression est faite à l'aide de bandelettes agglutinatives et d'un bandage roulé; dans le second, avec des morceaux d'agaric; dans le troisième, avec des compresses graduées; dans le quatrième, avec des attelles; dans le cinquième, par la malaxation. En même temps qu'on exerce la compression sur le genou, on le frictionne avec la pommade d'hydriodate de potasse, et quand l'inflammation augmente un peu, on tâche de la diminuer immédiatement par une saignée locale.

Quant à l'emploi du *cautère actuel*, j'ai pu souvent observer ses effets, et jamais ils ne m'ont paru bien satisfaisants.

(1) Observations on the disease of the Hipjoint, etc. London, 1794.

Malgré tous ces moyens curatifs on ne peut pas toujours arrêter l'inflammation : la tumeur blanche se termine par la suppuration, et le cas le plus heureux alors est d'obtenir la guérison de la maladie avec l'ankylose du membre.

Quand une collection purulente existe, faut-il laisser à la nature le soin de donner issue au pus, ou convient-il que le chirurgien ouvre lui-même l'abcès? Généralement, on préfère laisser agir la nature (1), parce que l'on craint beaucoup l'entrée de l'air dans la cavité articulaire, et parce que, comme le dit B. Bell (2), la cicatrisation des fistules s'opère bien plus facilement, lorsque l'ouverture du foyer purulent a eu lieu par les seuls efforts de la nature ; mais ces deux raisons ne peuvent être assez fortes pour balancer les graves inconvénients qui résultent d'un trop grand retard dans l'ouverture des abcès. Il est à remarquer en effet que, quoique le plus souvent la collection purulente existe dans l'intérieur de l'articulation, il n'y en a pas moins de cas où, la maladie ayant commencé par les parties molles, le pus s'est formé et s'est maintenu hors de la cavité articulaire ; alors, si on ne lui procure pas une issue libre, il fuse entre les muscles et leurs gaînes celluleuses, et il n'est pas besoin de dire ici quelles sont les suites d'un semblable accident. Du reste, que le pus existe en dehors ou en dedans de l'articulation, son séjour ne fait qu'entretenir et augmenter l'irritation. Enfin, la réabsorption de ce pus est toujours à craindre, et lorsqu'elle a lieu, elle est presque immédiatement suivie de la perte du malade.

Lorsque l'existence du pus est reconnue, il faut pratiquer de suite une ouverture sur la partie du genou où la fluctuation est le plus manifeste. On ne saurait craindre l'*impossibilité* de la cicatrisation des fistules, car cette cicatrisation a lieu presque d'elle-même, quand l'affection locale est entièrement guérie, et il serait dangereux de la tenter avant. D'un autre côté, qu'a-t-on à redouter de l'action de l'air sur une articulation? la vive inflammation. Dans ce cas, il n'y a qu'à emprunter à M. Lisfranc sa méthode pour l'ouverture des abcès par congestion. Ce praticien n'hésite pas à ouvrir ces abcès, aussitôt qu'ils se présentent à sa clinique ; mais leur ouverture est immédiatement suivie par l'application d'un grand nombre de sangsues autour de la plaie ; cette saignée locale est répétée les jours suivants, s'il y a manifestation de quelque accident inflammatoire. Je n'ai pas vu un seul cas où cette pratique n'ait très-bien réussi.

Mais l'ouverture du foyer purulent doit-elle être faite avec le bistouri ou avec le trois-quarts? La canule du trois-quarts a deux inconvénients : celui de ne pas laisser sortir librement le pus qui est d'ordinaire fort épais, et celui d'irriter le foyer par ses frottements, irritation qui augmente à mesure que l'abcès se vide. Au reste, c'est pour éviter l'entrée de l'air par la plaie qu'on a conseillé le trois-quarts, et nous venons de voir comment on peut obvier à cet accident. Abernethy a proposé aussi, dans le temps, une lancette particulière ; mais il est bon de ne pas multiplier inutilement les instruments de chirurgie. Un bistouri à *lame étroite* agit toujours mieux qu'une lancette, surtout si les téguments sont épais ; et je crois qu'il est pour le moins inutile de le faire chauffer *jusqu'au blanc*, ainsi que le conseille M. Larrey (1).

On ne saurait préciser d'avance l'étendue qu'on doit donner à cette incision : généralement, elle est de cinq à six lignes. « Les anciens, » au dire de Flanjani (2), « avaient l'habitude de pratiquer » de larges ouvertures ; afin que la matière s'é» coulât plus facilement ; » mais il vaut mieux multiplier les ouvertures, s'il en est besoin, que de les faire trop grandes.

L'incision étant pratiquée, quelques chirurgiens ont l'habitude d'y introduire une petite languette de toile couverte de cérat, pour empêcher sa trop prompte cicatrisation ; mais ce moyen, ainsi que le séton, qui a été beaucoup mis en usage par les modernes, a l'inconvénient de produire une irritation permanente. Les pansements doivent être plutôt fréquents que rares, afin que le pus séjourne le moins possible sur les parties malades. La quantité de matière purulente guide le chirurgien pour le temps qui peut être laissé d'un pansement à l'autre.

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, lorsque la suppuration a eu lieu, on ne peut obtenir une terminaison favorable de la maladie qu'avec l'ankylose ; aussi faut-il la faciliter à cette époque par le repos absolu du membre. On doit chercher, en outre, à faire en sorte que cette ankylose soit peu nuisible au malade, en plaçant de bonne heure la jambe dans l'extension. C'est le cas de rappeler la maxime de Celse : « Il est plus facile de courber « une partie tendue, que d'étendre une partie primitivement courbée (3). »

Mais quand la maladie est arrivée à sa troisième période, il est difficile d'en arrêter les progrès, quels que soient les moyens thérapeutiques que l'on mette en usage ; l'amputation du membre peut seule offrir alors quelques chances de

(1) Parmi les auteurs, à la vérité en petit nombre, qui sont d'une opinion contraire, nous citerons Flajani, qui dit *que l'ouverture pratiquée à temps prévient ordinairement la carie et l'ankylose*. (*Collezione di osservazioni e di riflessioni di chirurgia*, tome 3, page 85.)

(2) Cours de chirurgie, vol. 5, page 290.

(1) Clinique chirurgicale, tom. 3, p. 318.

(2) Ouvrage cité.

(3) *Major tamen in extendendo mora est, ubi recurvato articulo curatio adhibita est; quam in recurvando eo, quod rectum continuerimus*. (De medicinâ, lib. v, cap. xxvi.)

succès et s'opposer à la perte imminente du malade.

Il y a des médecins qui prétendent n'avoir jamais vu périr aucun malade par suite simplement de la tumeur blanche; ils remarquent aussi que les individus atteints de cette maladie ont ordinairement la poitrine affectée, ce qui est cause le plus souvent de leur perte; et concluent de là, que dans le premier cas, il ne faut pas opérer, parce que le malade peut guérir sans perdre un membre; et que, dans le second, il ne convient pas d'opérer non plus, parce que le malade est voué à une mort presque certaine.

Il faut convenir que quelquefois on se presse trop d'amputer; et il est également vrai que, parfois, la *phthisie tuberculeuse* coexiste avec les tumeurs blanches, ce qui est une contre-indication à l'opération. Mais j'observerai que souvent cette phthisie est consécutive à la maladie de l'articulation; on ne nie pas pour cela que les individus n'y fussent primitivement disposés (la constitution scrofuleuse nous l'indique assez); mais, malgré cette prédisposition, il est évident qu'en éliminant une des principales causes qui peuvent déterminer la phthisie, le malade aura une chance favorable de plus pour la guérison.

D'autres praticiens disent ainsi *qu'on ne guérit pas les scrofules, mais qu'on les modifie seulement*, et que, par conséquent, si l'on ampute un membre attaqué par une tumeur blanche, une autre tumeur se présentera dans la suite sur une autre articulation, etc., etc. D'abord, je ne comprends pas trop ce que l'on entend par *modifier une maladie;* mais je sais seulement que, si les scrofules étaient incurables, il y aurait depuis longtemps une diminution progressive dans la population de nos villes, car il y a peu de maladies qui soient aussi communes que l'affection scrofuleuse. Nous avons déjà eu occasion de parler de la *récidive* des tumeurs blanches; mais nous avons dit aussi qu'on pouvait la prévenir en faisant subir aux malades un traitement général convenable.

L'amputation est la *dernière ressource* à laquelle doit avoir recours le chirurgien; mais elle n'est pas moins, pour cela, un moyen propre à sauver les jours du malade. Faut-il la retarder le plus possible chez les enfants et la pratiquer au plus tôt chez les adultes? Y a-t-il des circonstances uniques et constantes qui indiquent le moment qu'on doit choisir pour opérer? Il y a des contre-indications, telles que l'existence de plusieurs tumeurs à la fois, l'état morbide de certains organes, surtout des poumons, une constitution scrofuleuse trop prononcée et capable de résister à toute espèce de traitement (1); mais ni relativement aux enfants, ni relativement aux adultes, on ne peut établir aucune règle fixe sur l'époque à laquelle on doit recourir à l'opération; elle n'est pas précisément indiquée par des circonstances uniques et constantes, cependant on aperçoit quelquefois un ensemble de phénomènes morbides tel, qu'on est amené à conclure que désormais il n'y a d'espoir, pour la guérison du malade, que dans l'*ablation* de la partie affectée.

L'opération étant décidée, et le moment propre pour la faire étant choisi, doit-on pratiquer l'amputation du membre ou la resection des extrémités articulaires? Celle-ci paraît avoir été faite pour la première fois par White et par Park, chirurgiens anglais; et quelques chirurgiens français ont suivi leur exemple. En supposant que cette opération fût toujours heureuse, on ne peut nier que les résultats sont plus brillants que ceux que l'on obtient avec l'amputation; les malades préféreront toujours leur jambe raccourcie de deux et même de trois pouces à une jambe de bois. Mais il ne faut pas se guider seulement sur les résultats des opérations, on doit calculer aussi leurs chances de succès. Dès lors la question change tout à fait d'aspect, car beaucoup de circonstances viennent s'opposer à la pratique de la resection, et favorisent au contraire l'amputation. En effet :

1° La resection nécessite bien plus de temps pour être pratiquée que l'amputation.

2° L'opération est souvent pénible et difficile, même pour les plus adroits, à cause de l'engorgement considérable qui enveloppe toute l'articulation.

3° Les douleurs sont atroces, les accidents nerveux consécutifs, terribles.

4° L'état fistuleux des parties molles doit la rendre, dans beaucoup de cas, impraticable.

5° Enfin ne pouvant préciser d'avance où s'arrête la carie des extrémités articulaires, on ne peut savoir à quelle distance on sera obligé de les *resequer;* et si, au prix de tant de dangers, on n'obtient ensuite qu'un membre informe, mutilé et tellement raccourci qu'il ne soit plus d'aucune utilité à l'individu, il est évident qu'il aurait été préférable, sous tous les rapports, de pratiquer l'amputation.

Il me semble donc que, par toutes les raisons que je viens d'exposer, la resection ne peut être appliquée à l'articulation du genou, et qu'on doit toujours lui préférer l'amputation, qui est plus prompte, par conséquent moins douloureuse, et dont les suites sont bien moins à craindre.

(1) « L'existence d'autres engorgements moins considé» rables, soit glanduleux, soit articulaires, n'est pas non » plus une contre-indication. J'ai observé qu'après le re» tranchement d'un membre ces engorgements se dissi» paient, ces maux légers se guérissaient par l'accroisse» ment d'activité et d'énergie qui suit constamment l'opé» ration. »

(Richerand, *Nosographie et Thérapeutique chirurgicales*, vol. 2, p. 367, 5e édit.)

SECONDE PARTIE.

—

TRAITEMENT DE LA TUMEUR BLANCHE

PAR LE MURIATE DE BARYTE.

Maintenant que j'ai fini d'exposer tout ce que nos meilleurs maîtres ont écrit sur le traitement de la tumeur blanche du genou, et ce que j'ai pu observer moi-même dans les hôpitaux de Paris et de Montpellier, il me reste à parler de la méthode curative qui m'a offert les meilleurs résultats : c'est celle de Rasori, employée depuis vingt-cinq ans par mon père, son élève et son ami.

Un des principes fondamentaux de la doctrine rasorienne est de *proportionner toujours le degré du traitement au degré de la maladie,* sans quoi on ne peut jamais obtenir aucune guérison radicale : c'est ainsi que Rasori emploie les *remèdes héroïques* à des doses plus ou moins fortes, suivant le degré de l'affection qu'il a à combattre, ou d'après sa diathèse (1). Mais étant extrêmement difficile de déterminer *à priori* le degré d'une maladie quelconque, puisque, d'après ce professeur, il y a des maladies à *peu de symptômes et à beaucoup de diathèses*, comme on l'observe dans les scrofules, et il y en a d'autres, au contraire, *à peu de diathèses et à beaucoup de symptômes*, il s'ensuit qu'on ne peut déterminer exactement le degré d'une maladie que par la quantité d'un remède (dont l'action est connue) que le malade prend, non-seulement sans en souffrir le moindre détriment, mais encore avec utilité.

Rasori a cherché, par de longues études et par une pratique très-étendue, à bien connaître les effets *utiles* et *nuisibles* de chaque médicament, et il en a ensuite déduit sa doctrine de la *tolérance*, contre laquelle on a élevé tant d'objections ; objections qui cependant tombent d'elles-mêmes, lorsqu'on observe tous ces préceptes appliqués à la pratique sur un grand nombre de malades, et qu'on examine les faits sans prévention.

Lorsque, pendant les premières années que j'étudiais la médecine, j'ai commencé à suivre mon père dans sa pratique, je tremblais en voyant administrer des *remèdes héroïques* à des doses aussi fortes; mais j'ai pu me convaincre, par l'observation, qu'en suivant la doctrine de Rasori, il est impossible qu'il en arrive le moindre accident, car, aussitôt l'apparition de quelque *effet nuisible* ou signe d'*intolérance*, on n'a qu'à suspendre ou à diminuer la dose du remède (1). De cette manière, on est sûr de proportionner le degré du traitement au degré de la maladie, de ne nuire jamais et de guérir avec ce même médicament qui aura *échoué* dans les mains d'un autre médecin, parce qu'il n'aura pas su le porter à la dose exigée par la maladie.

C'est en se conformant à ces principes que j'ai vu administrer plusieurs fois, je ne dirai pas *impunément*, mais *utilement*, jusqu'à *deux gros de muriate de baryte par jour,* et guérir par cette pratique des maladies scrofuleuses qui avaient été déclarées incurables par plusieurs autres médecins, d'ailleurs très-habiles.

Les douleurs du ventre, la diarrhée, les nausées et le vomissement sont les signes d'intolérance du muriate de baryte. Lorsqu'un ou plusieurs de ces signes se présentent, il faut diminuer la dose de ce sel ou le suspendre entièrement; il n'est pas besoin de visiter plusieurs fois par jour les malades pour voir s'il y a tolérance ou intolérance, car les malades eux-mêmes, avertis d'avance, cessent de prendre le remède ou le prennent plus rarement, s'ils éprouvent quelques-unes des incommodités dont nous venons de parler. Au reste, lors même que par inadvertance un malade prendrait à la fois plus de muriate de baryte que ne peut en supporter le degré de la maladie, le vomissement, qui en est la suite immédiate, chasse tout ce qu'il y a dans l'estomac, et on n'a plus rien à craindre. Mais si les nausées et le vomissement se prolongent, on n'a qu'à faire avaler au malade un peu de vin, d'opium ou toute autre substance stimulante, et ces accidents cesseront aussitôt. C'est pour cela que les rasoriens attribuent au muriate de baryte une action *contre-stimulante* (2), et s'en servent contre les maladies hypersthéniques.

Le muriate de baryte n'irrite d'aucune manière le tube intestinal, comme on le dit généralement; sous son influence, la soif n'est pas éveillée, il n'y a aucun développement de chaleur à l'estomac, la langue n'est jamais rouge ; mais, au contraire, s'il y avait auparavant quelques symptômes de gastrite, ils disparaissent; la digestion se fait mieux, et, bien plus, l'appétit augmente.

Rasori regarde les tumeurs blanches comme dépendantes d'une affection générale scrofuleuse, et c'est contre cette affection générale qu'il dirige spécialement les moyens curatifs ; il considère, en outre, les scrofules comme maladie hypersthé-

(1) L'état morbide général qui accompagne les maladies est appelé par Rasori *diathèse*. Il n'admet que deux diathèses : *la diathèse de stimulus* ou *sthénique*, qui a été suscitée par des causes stimulantes, *la diathèse de contre-stimulus* ou *asthénique,* déterminée par des causes contre-stimulantes.

(1) Je ferai remarquer ici que Rasori a éloigné de sa pratique toute sorte de remèdes qui attaquent chimiquement les tissus de l'estomac et du tube intestinal, tels que l'arsénic, le phosphore, le sublimé corrosif, les acides concentrés, etc.

(2) Rasori appelle *contre-stimulus* le remède qui a une action opposée au *stimulus*. Les remèdes *contre-stimulants* détruisent les maladies inflammatoires ou hypersthéniques; les *stimulants* les suscitent et les entretiennent.

nique. En conséquence, il soumet les malades à un régime doux; il leur interdit le vin, la viande et toute espèce d'aliment trop nutritif; il leur prescrit le muriate de baryte, dont la dose est augmentée tous les jours *usque ad intolerantiam*, et continue ce traitement jusqu'à l'entière disparition de la maladie. A mesure que celle-ci marche vers la guérison, la susceptibilité du malade à supporter une forte dose de ce médicament diminue; de sorte qu'on est ensuite obligé de la diminuer progressivement. J'ai observé plusieurs fois, chose vraiment singulière, que des individus qui, pendant plusieurs mois, avaient pris deux gros de muriate de baryte par jour sans en éprouver le moindre dérangement, ne pouvaient, plus tard, en prendre quelques grains, sans donner des signes manifestes d'intolérance, quand leur maladie était presque éteinte.

Dans les cas de tumeur blanche du genou, mon père soumet également le malade à un régime doux, lui défend les substances animales, le vin, etc.; il commence, en outre, par administrer le muriate de baryte, à la dose d'un demi-scrupule, si c'est un adulte, et de trois à quatre grains, si c'est un enfant (1); de jour en jour la dose est augmentée, autant que le malade la tolère. Il fait ensuite appliquer sur le genou des cataplasmes émollients, s'il y a beaucoup d'irritation, ou même des cataplasmes faits avec des feuilles de digitale pourprée, si les douleurs sont très-fortes. Lorsque le malade supporte une forte dose de muriate de baryte, qu'il a beaucoup de fièvre, que le pouls est dur, ou qu'il y a enfin tout autre symptôme de surexcitation, il fait pratiquer une saignée générale ou locale, qui doit être répétée au besoin plusieurs fois. Si l'ankylose n'est pas complète, il tâche de produire chaque jour quelque léger mouvement dans l'articulation et de placer le membre dans l'extension. Lorsqu'il y a formation d'abcès, fistules ou autres, il agit comme dans les cas ordinaires.

Mon père n'applique jamais de vésicatoires et ne prescrit jamais l'opium, quelle que soit l'intensité des douleurs; il craint de détruire avec ce remède l'action du muriate de baryte et les bons effets du régime.

Enfin, quand la maladie déjà ancienne est accompagnée de lésions profondes et étendues des extrémités osseuses; lorsque le malade n'obtient aucun soulagement du traitement que l'on met en usage, et que d'ailleurs il tolère mal les médicaments (à moins qu'il n'ait quelque organe important attaqué), mon père a recours à l'amputation. La faiblesse du malade, la fièvre hectique, la diarrhée et les sueurs colliquatives ne l'empêchent pas de pratiquer l'opération, pourvu que les poumons et les autres viscères soient sains; cet état de faiblesse lui présente même plus de chances favorables à l'opération. Dans une pratique très-étendue, il n'a jamais eu besoin d'amputer aucun membre affecté de tumeur blanche, avant que l'individu eût atteint sa vingtième année.

Sur vingt cas de tumeur blanche du genou que j'ai vu traiter de cette manière (1), quatre, c'étaient des enfants, ont guéri parfaitement; douze, avec plus ou moins d'ankylose; deux ont été amputés, on en a perdu un; deux sont morts de consomption; et nous avons trouvé, à l'autopsie, de vastes cavernes dans les poumons, le fémur et le tibia cariés, les extrémités articulaires détruites presque en entier. L'estomac et le tube intestinal étaient dans leur état naturel.

Il est inutile d'observer que le muriate de baryte doit être administré dans l'eau distillée; il faut prendre garde qu'il soit bien pur; celui du commerce, comme l'a observé Fourcroy, contient quelquefois du cuivre ou de l'arsénic, et voilà ce qui a pu donner lieu à des accidents d'empoisonnement (2).

Pour mieux développer ce que je viens de dire, je vais transcrire ici quelques observations :

PREMIÈRE OBSERVATION.

Un cordonnier M..., âgé de 33 ans, d'un tem-

(1) Cette première dose est toujours proportionnée aux forces apparentes de l'individu.

(1) Depuis la première publication de cet opuscule, j'ai eu occasion de voir appliquer et d'employer moi-même ce traitement contre plusieurs autres cas de tumeurs blanches à l'articulation du genou; et les bons effets de cette méthode ne se sont point démentis.

(2) Dans des laboratoires de produits chimiques, on obtient le chlorure de barium en exposant, pendant environ une heure, à l'action du feu, dans un fourneau à réverbère, un mélange de sulfate de baryte et de chlorure de calcium en poudre. Mais ce sel, ainsi obtenu, n'est jamais chimiquement pur. Il est préférable de préparer directement le chlorure de barium, en saturant l'acide chlorhydrique pur avec de l'oxyde de barium; on filtre la liqueur parfaitement saturée, on la fait évaporer jusqu'à pellicule, et on lave ensuite les cristaux obtenus avec de l'eau distillée, etc.; c'est là le procédé qu'emploie M. Laurens neveu, pharmacien, à Marseille, toutes les fois que le chlorure de barium doit être employé en médecine. On peut aussi obtenir ce sel, d'après l'avis de ce chimiste, en traitant par l'acide chlorhydrique le résidu provenant de la calcination d'un mélange de sulfate de baryte et de charbon. On délaie ce résidu dsns l'eau, et on la sature par l'acide chlorhydrique; on filtre, on fait évaporer et on laisse cristalliser; ces cristaux sont ensuite soumis à une forte calcination, et on redissout pour faire cristalliser de nouveau. En répétant plnsieurs fois cette cristallisation, on obtient du chlorure de barium parfaitement pur.

Il est de toute nécessité encore que l'eau soit toujours bien distillée, quand elle doit servir aux solutions de chlorure de barium : car si, par mégarde, on employait de l'eau commune, on conçoit aisément que comme l'eau commune renferme des sulfates et des carbonates, le chlorure de barium serait décomposé, et on aurait ainsi un mélange de sulfate, de carbonate et de chlorhydrate de baryte; mélange qui donnerait des résultats tout autres que ceux qu'on doit attendre de l'emploi du chlorhydrate de baryte bien pur.

pérament lymphatique, avait eu, étant jeune, des tumeurs glandulaires au cou, dont quelques-unes avaient suppuré, lui laissant des cicatrices informes. Depuis six mois, il avait le genou droit très-enflé et très-douloureux ; un médecin avait ordonné des sangsues, des cataplasmes émollients et des vésicatoires. Nous l'avons trouvé dans l'état suivant : le genou très-enflé, et, plus particulièrement, dans sa partie interne ; les téguments rouges, enflammés; fausse apparence de fluctuation au côté gauche de la rotule ; veines gonflées ; douleurs aiguës dans l'intérieur de l'articulation, augmentant sous la moindre pression et par le plus petit mouvement ; la jambe, un peu atrophiée, est à demi fléchie ; l'articulation conserve encore quelque mouvement ; la fièvre est bien prononcée, avec un pouls plein et fort. Le malade nous dit que cette fièvre s'était développée seulement depuis trois jours, après qu'il eut beaucoup mangé et bu beaucoup de vin. (Une saignée de six palettes, limonade, diète rigoureuse, cataplasme émollient sur le genou.)

2e *jour de traitement.* Douleurs et rougeur du genou un peu diminuées ; la fièvre persiste encore ; le pouls est toujours plein et dur ; le sang couenneux. (Une autre saignée de six palettes, diète, limonade, cataplasmes émollients.)

3e *jour.* Le genou est moins enflé et beaucoup moins douloureux; très-peu de fièvre ; le pouls est encore dur et plein ; constipation depuis quatre jours ; le sang est toujours couenneux. (Saignée de quatre palettes ; *idem*, *idem.*) Le malade ayant refusé la saignée, on a appliqué, autour du genou, 40 sangsues.

4e. Amélioration bien sensible ; point de fièvre ; pouls mou ; mouvements du genou moins douloureux. On a cherché à diminuer la flexion du membre ; le malade garde, sans trop souffrir, la nouvelle position qu'on lui a donnée. (Diète, limonade, cataplasme émollient, lavement.)

5e. La rougeur du genou a disparu ; les douleurs et le gonflement ont encore diminué ; point de fièvre ; une selle ; dégoût ; langue blanche et pâteuse ; point de soif. (Muriate de baryte, douze grains, dans eau distillée, six onces, à prendre une cuillerée à bouche chaque heure ; diète rigoureuse : eau panée pour boisson ; cataplasme émollient.)

6e. Même état qu'hier ; deux selles avec quelques douleurs de ventre. (Même prescription.)

7e. Même état ; point de selles. (Muriate de baryte, un scrupule dans 6 onces d'eau distillée à prendre *ut supra ;* même régime.)

Du 8e au 12e. Les douleurs et le gonflement du genou ont encore un peu diminué ; point de selles ; langue presque dans son état naturel; appétit. (Une crème de riz à l'eau, matin et soir ; muriate de baryte, 36 grains.)

Du 13e au 16e. Le genou est dans le même état, cependant les mouvements sont moins douloureux ; langue dans son état naturel ; point de selles, ni de vomissements, ni de douleurs de ventre. Le malade dit se trouver mieux, et désire manger. (Muriate de baryte, 2 scrupules ; deux crèmes ; point de cataplasme,)

Du 17e au 20e. Même état que le 13e jour ; tolérance du remède ; pouls régulier et assez fort. (Même régime ; muriate de baryte, un gros.)

Du 21e au 25e. Le genou est dans un état stationnaire ; quelques légères douleurs dans ses parties profondes ; appétit dévorant ; une selle par jour; tolérance parfaite. (Même régime et quelques pommes cuites ; muriate de baryte, un gros et demi.)

26e au 30e. Genou moins enflé ; mouvements très-peu douloureux et plus faciles ; la jambe est presque étendue ; une selle par jour ; beaucoup d'appétit. Le malade se croit guéri. (Deux soupes aux herbes, quelques pommes de terre cuites ; muriate de baryte, 2 gros.)

Du 31e au 40e. État général du malade excellent ; la tumeur diminue sensiblement ; une selle, appétit ; tolérance. (Même régime ; muriate de baryte, 2 gros.)

Du 41e au 50e. Même état ; tolérance. (Même régime ; muriate de baryte, 2 gros.)

51e. Nuit très-inquiète ; pouls fébrile ; dégout ; céphalalgie ; la tumeur du genou est irritée ; une selle ; tolérance. (Deux crèmes de riz ; tisane de mauve ; 2 gros de muriate.)

52e. Les douleurs au genou ont de beaucoup augmenté ; la tumeur est rouge et très-irritée ; tout mouvement de l'articulation produit de vives douleurs ; fièvre ardente ; pouls dur et plein ; soif ; grande agitation ; point de selles, point de vomissements ni de douleurs au ventre. (Une saignée de quatre palettes, diète rigoureuse ; tisane de mauve ; cataplasme émollient sur le genou ; 2 gros de muriate.) On nous apprend qu'avant-hier et le jour précédent, le malade a mangé deux soupes grasses, des côtelettes, du fromage, beaucoup de pain, et a bu, en outre, plusieurs verres de vin.

53e. Après la saignée, le malade a eu deux vomissements, quatre selles, des douleurs au ventre. La tumeur est moins irritée et moins douloureuse ; la fièvre a beaucoup diminué ; la nuit a été tranquille. (Diète ; 2 gros de muriate, cataplasme émollient.)

54e. Douleurs et gonflement du genou diminués, pouls mou et apyrétique ; une selle ; nuit tranquille, tolérance. (Diète, 2 gros de muriate, cataplasmes.)

55e et 56e. Amélioration plus prononcée ; apyrexie, appétit, tolérance. (Même traitement.)

Du 57e au 59e. Le malade se trouve dans le même état qu'avant l'écart de régime ; tolérance. (Deux crèmes de riz, 2 gros de muriate.)

Du 60e au 92e. La tumeur a beaucoup diminué ; les douleurs, dans l'intérieur de l'articulation, ne

se font sentir que lors de quelque mouvement brusque ;état général du malade excellent, beaucoup d'appétit ; il est resté levé quelques heures pendant les trois derniers jours sans en souffrir ; tolérance. (Deux soupes, des légumes, des fruits, 2 gros de muriate.)

93e L'état d'amélioration se soutient ; deux vomissements, trois selles avec douleurs de ventre dans la matinée. Le pouls est régulier, mais plein et fort ; point de faiblesse. Le malade a pris ce matin, à jeun, trois cuillerées à la fois de solution de muriate, et, comme il a éprouvé ensuite un peu de malaise à l'estomac, il a bu, une demi-heure après, une tasse de bouillon chaud. (Deux crèmes, point de muriate.)

94e La tumeur diminue ; point de douleurs, pas même en cherchant à faire quelques pas ; mouvements plus faciles ; point de selles. (Deux soupes, 2 gros de muriate.)

95e Même état qu'hier ; beaucoup d'appétit ; deux selles. (Deux soupes, des légumes, 2 gros de muriate.)

Du 96e au 115e. L'amélioration de la tumeur augmente chaque jour, de sorte que le malade se croit entièrement guéri. — Trois selles par jour. (Même traitement.)

Du 116e au 118e. Il n'y a plus qu'un peu d'engorgement au genou ; quatre selles par jour avec quelques tranchées ; pouls faible. (Deux soupes, des légumes, un gros de muriate.)

119e *et* 120. Même état du genou ; pouls lent et faible ; cinq selles ; quelques légères nausées. (Deux soupes, du poisson, un peu de pain, que le malade demande avec instance ; 2 scrupules de muriate.)

121e *et* 122e. Même état du genou ; envie de vomir après avoir pris le muriate ; quatre selles avec des douleurs de ventre. (Même régime, un scrupule de muriate.)

123e *et* 124e. L'engorgement du genou, diminue ; marche facile, mouvements de l'articulation point douloureux ; pouls lent et faible ; sept selles avec des tranchées. (Même régime : 12 grains de muriate.)

125e *et* 126e. Comme avant-hier ; faiblesse générale ; six selles. (Même régime : 6 grains de muriate.)

127e. Même état qu'hier ; cinq selles, de légères nausées. (Même régime, 3 grains de muriate.)

128e. Même état que les jours derniers ; six selles ; répugnance à prendre le muriate ; envie de vomir. (Deux soupes, de la viande, un peu de vin depuis longtemps désiré ; point de muriate.)

129 *et* 130e. Le genou est presque dans son état naturel, mais la jambe ne peut pas être fléchie en entier ; une selle par jour. (Même régime : 3 grains de muriate.)

131e. Après avoir pris deux cuillerées de la solution de muriate de baryte, le malade a eu des vomissements, plusieurs selles, des coliques ; il a été obligé de garder le lit tout le jour ; le pouls est très-faible ; malaise général, dégoût. Dans la journée, il n'a pris qu'un peu de bouillon. (Même régime : point de muriate.)

132e. Il se trouve très-bien. (Même régime : plus de muriate.)

Du 133e au 145e. Toujours mieux ; le malade marche avec facilité ; l'articulation est presque entièrement libre ; la flexion seulement n'est pas complète ; depuis quelques jours il peut vaquer à ses affaires sans souffrir ; l'embonpoint est revenu.

Trois ans après, nous avons vu le malade en bonne santé et beaucoup plus gras et mieux portant qu'avant d'avoir été atteint de la tumeur blanche. Le genou est resté un peu plus gros, et la flexion de la jambe n'est pas complète.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Mlle B..., tailleuse, âgée de 24 ans, d'un tempérament lymphatique, a eu dans son enfance la petite-vérole et quelques abcès scrofuleux au cou. A l'âge de 15 ans, parurent les règles, qui ont cessé depuis deux ans. Depuis cinq ans, le genou droit est attaqué par une tumeur blanche ; cette tumeur a été traitée par plusieurs médecins avec des sangsues, des vésicatoires, et différents autres remèdes, parmi lesquels le purgatif de Leroi. La malade a constamment suivi un régime tonique. Nous l'avons trouvée dans l'état suivant : le genou droit très-enflé et douloureux ; trois fistules à son côté interne, par où sort une humeur séreuse. Un stylet introduit dans ces fistules est arrivé jusqu'au condyle du fémur ; quelques petits fragments osseux ont été entraînés hors de l'articulation. Le côté externe du genou présente les cicatrices de deux autres fistules qui se sont fermées depuis peu. La rotule est adhérente aux extrémités articulaires sous-jacentes ; tout le membre est atrophié ; la jambe est un peu fléchie sur la cuisse, malgré les efforts qu'on a faits pour la maintenir étendue. L'articulation ne jouit d'aucun mouvement ; la malade ne peut s'appuyer sur le pied sans souffrir les plus vives douleurs. Maigreur générale, insomnie, dégoût, constipation, langue dans son état naturel ; le pouls est petit et dur, apyrétique pendant le jour et fébrile la nuit ; un peu d'altération et de légères sueurs nocturnes.

1er *jour de traitement.* Deux crèmes de riz ; tisane d'orge miellée ; muriate de baryte, 6 gr., dans eau distillée, 6 onces, à prendre par cuillerées d'heure en heure. (Un peu de charpie et de sparadrap gommé sur les fistules.)

2e *jour.* Tolérance. (Même régime ; muriate de baryte, 12 gr.)

3e. Une selle sans douleurs. (Même régime ; muriate de baryte, 24 gr.)

Du 4 au 6e. Le côté externe du genou est plus enflé, plus douloureux et un peu rouge. Nuits plus inquiètes ; fièvre plus marquée, le soir ; tolé-

rance. (Même régime ; cataplasmes émollients ; muriate de baryte, 2 scrupules.)

Du 7 au 10e. La rougeur, le gonflement et les douleurs du genou ont de beaucoup augmenté. Pouls dur et fébrile, même pendant le jour; une selle; tolérance. (Une seule crème; tisane d'orge; cataplasmes; muriate de baryte, 2 scrupules et demi.

11e *et* 12e. Frisson et fièvre dans l'après-midi; douleurs très-fortes au côté externe du genou; tolérance. (Diète rigoureuse, cataplasmes; muriate de baryte, 1 gros.)

13e *et* 14e. Nuits très-inquiètes; fièvre continue; une petite tumeur avec fluctuation se présente au côté externe du genou; tolérance. (Même traitement.)

15e *et* 16e. Même état; une selle par jour; tolérance. (Même régime ; cataplasmes; muriate de baryte, 4 scrupules.)

Du 17e au 19e. Même état ; tolérance. (Même traitement.)

20 *et* 21e. Fluctuation bien manifeste à la petite tumeur ; tolérance. (Même régime ; cataplasmes ; 5 scrupules de muriate.)

22e. Même état ; tolérance. (Même régime ; cataplasmes ; 2 gros de muriate.)

23e. On a ouvert la petite tumeur située au côté externe du genou ; il en est sorti beaucoup de matière séreuse mêlée à du pus ; nous avons trouvé une esquille d'os au milieu de cette matière ; tolérance. (Même régime ; cataplasmes ; 2 gros de muriate.)

24e *et* 25e. Les douleurs et la tuméfaction au côté externe du genou ont diminué ; point de frissons et très-peu de fièvre. Il sort toujours, par l'incision qu'on a pratiquée, de la sérosité mêlée à du pus. Vomissements, plusieurs selles et les douleurs de ventre. (Diète rigoureuse ; un gros de muriate.)

26e. Nuit tranquille, point de fièvre ; amélioration : huit selles avec douleurs ; faiblesse générale ; besoin de prendre quelques aliments. (Deux crèmes d'*avena*, tisane d'orge, cataplasmes ; un demi-gros de muriate.)

27e. Quoique le genou soit encore bien tuméfié, il est presque indolent. La malade peut mouvoir tout le membre sans souffrir; apyrexie ; le pouls est moins faible ; l'ouverture de la petite tumeur devient fistuleuse ; il sort toujours par toutes les fistules une humeur séreuse, constipation. (Même traitement.)

Du 28e au 50e. Même état; une selle par jour ; appétit ; tolérance. (Même régime ; deux scrupules de muriate.)

Du 51e au 60e. La malade éprouve quelques douleurs dans l'intérieur de l'articulation ; la tuméfaction ne diminue point; petit mouvement fébrile pendant la nuit; pouls plein et dur; tolérance. (Même régime ; un gros de muriate.)

Du 61e au 80e. Même état ; tolérance. (Même régime ; 4 scrupules de muriate.)

Du 81e au 100e. Les douleurs sont plus fortes, les nuits inquiètes ; le pouls plein et fébrile vers le soir. Les fistules ne sont pas enflammées, mais elles laissent toujours suinter un liquide séreux sans pus ; tolérance. (Même régime ; un gros et demi de muriate ; un cataplasme de digitale pourprée sur le genou.)

Du 101e au 110e. Les douleurs ont diminué ; le sommeil est plus tranquille ; pouls plein ; peu de fièvre ; appétit; une selle par jour. La malade se lève un peu tous les jours, tenant sa jambe appuyée sur une chaise ; tolérance. (Même régime; un gros et demi de muriate ; cataplasme de digitale.)

Du 111e au 125e. État général amélioré : les douleurs dans l'articulation sont plus rares et moins vives ; peu de fièvre ; appétit ; quelque douleurs aux reins et aux cuisses ; tolérance. (Même traitement.)

Du 126e au 127e. Apparition des règles sans aucun trouble : elles ont duré 24 heures. La tumeur du genou est un peu diminuée ; la fistule du côté externe est fermée ; pouls plus fort ; apyrexie ; nuits tranquilles ; tolérance, (Deux soupes aux herbes ; des légumes ; un gros et demi de muriate de baryte ; point de cataplasmes.)

Du 128e au 140e. État stationnaire ; tolérance. (Même traitement.)

Du 141e au 155e. État général et affection locale améliorés ; apparition des règles ; appétit vorace ; tolérance. (Deux soupes, des légumes, des fruits ; un gros et demi de muriate.)

Du 156e au 160e. Le mieux continue ; les règles ont duré trois jours ; sommeil tranquille ; douleurs très-légères mêmes en remuant un peu le membre ; articulation du genou ankylosée ; pouls naturel ; appétit ; une selle par jour ; tolérance. (Même régime ; 2 gros de muriate.)

161e et 162e. Même traitement ; quatre selles avec des douleurs de ventre. (Même régime ; 2 gros de muriate.)

163e. La tumeur du genou diminue sensiblement chaque jour ; un vomissement, huit selles ; pouls petit, lent et faible ; faiblesse générale. (Même régime ; un gros et demi de muriate.)

164e. Même état du genou ; deux selles sans douleurs ; pouls lent et moins faible ; une des fistules du côté interne s'est fermée ; appétit dévorant. (Même traitement.)

Du 165e au 180e. La tumeur est plus petite ; la cuisse et la jambe sont moins atrophiées et tout le membre moins faible ; on peut s'y appuyer sans souffrir ; pouls naturel ; une selle par jour ; tolérance. (Même régime ; un gros et demi de muriate.)

Du 181e au 190e. Même état ; apparitions des règles plus copieuses que la dernière fois ; tolérance. (Même traitement.)

Du 191e au 210e. Amélioration plus sensible ; la malade marche sans souffrir ; les deux dernières

fistules se sont cicatrisées, après avoir été touchées trois fois avec le nitrate d'argent; une selle par jour; tolérance. (Même traitement.)

Du 211e au 220e. La malade se trouve très-bien; elle se croit guérie, cependant le genou est encore beaucoup tuméfié : règles copieuses; appétit; tolérance. (Deux soupes, du poisson, des légumes, des fruits; un gros et demi de muriate.)

Du 221e au 227e. Même état; tolérance. (Même traitement.)

228e. Vomissement violent; plusieurs selles; prostration générale des forces; pouls très-petit et très-faible; assoupissement et quelques mouvements convulsifs; déglutition difficile. On nous apprend que la malade a pris, ce matin, toute la solution de muriate de baryte en deux fois, à la distance d'une heure. (Quelques cuillerées de consommé; quatre onces de vin de Malaga, à prendre par cuillerées de demi-heure en demi-heure.)

229e. Le genou ne présente plus qu'un peu d'engorgement, mais l'articulation est ankylosée. Déglutition facile; point de vomissement, point de convulsions; les forces se sont un peu relevées; pouls moins petit et moins faible; quatre selles sans douleurs. (Deux soupes grasses.)

230e. La malade se trouve bien, elle a beaucoup d'appétit; deux selles. (Deux soupes et un peu de viande blanche.)

231e et 232e. Même état; constipation. (Même régime.)

233e. État général comme les jours 226e et 227e. (Même régime; 2 scrupules de muriate.)

234e. Même état; appétit; six selles; des nausées. (Même régime; un scrupule de muriate.)

235e. Envies de vomir; quatre selles avec des douleurs au ventre. (Même régime; un demi-scrupule de muriate.)

236e. Point de nausées; tranchées violentes; huit selles. (Même régime; 6 grains de muriate.)

237e. Six selles avec douleurs; grande répugnance à prendre le remède. (Même régime; suspension du muriate de baryte.)

238e. Deux selles. La malade marche bien et sans souffrir. (Même régime.)

Du 239e au 243e. Une selle par jour; état général satisfaisant. (Même régime.)

Du 244e au 248e. Règles copieuses; guérison.

Depuis plusieurs années, cette jeune personne jouit d'une santé parfaite.

REMARQUES SUR LES OBSERVATIONS 1 ET 2.

Ces observations, que nous avons abrégées autant que possible, nous offrent des remarques de quelque importance.

On a commencé le traitement du premier malade par des saignées, parce qu'il se trouvait dans un état de *surexcitation* causée par le régime succulent et stimulant qu'il suivait; nous avions alors une fièvre ardente, ce que l'on n'observe pas dans le cours ordinaire de cette maladie. La même cause a, au milieu du traitement, produit le même effet : une forte fièvre s'est de nouveau développée, et pour la combattre, on a été obligé de recourir encore à la saignée : le traitement établi n'eût pas été suffisant.

Dans la seconde observation, nous avons eu une *surexcitation* produite par une autre cause : une esquille osseuse qui voulait se faire jour à travers les parties molles déjà enflammées. Cette cause a augmenté de quelques degrés la maladie, et par conséquent la capacité à supporter une plus forte dose de muriate. Mais cette augmentation de diathèse, ayant eu lieu par une cause passagère, devait nécessairement cesser avec l'éloignement de cette cause; la capacité à supporter la même dose de médicament devait diminuer. En effet, la malade qui, pendant la formation de l'abcès, tolérait 2 gros de muriate, n'a pu en supporter ensuite un seul gros lorsque l'abcès a été ouvert.

Si, par une cause opposée dans sa nature et son action à celle dont nous venons de parler, on diminue la diathèse de la maladie, on observe de suite une diminution de capacité à supporter le médicament. C'est ainsi que, lorsqu'on a dû saigner le malade de la première observation, tous les signes d'intolérance se sont manifestés, parce que la saignée avait brusquement et momentanément diminué la *diathèse;* mais l'action de la saignée une fois cessée, la diathèse s'est relevée, et avec elle la tolérance. De même, la malade de la seconde observation a pris dans une heure un gros et demi de muriate de baryte, qu'elle ne devait prendre qu'en vingt-quatre heures; les signes d'empoisonnement en ont été la suite, parce que cette forte dose de remède avait détruit la diathèse.

Quelques-uns pourraient dire ici : puisque des doses aussi fortes de médicament, prises à la fois, détruisent plus tôt la maladie, pourquoi les rasoriens ne l'administrent-ils pas ainsi, afin d'abréger le traitement? C'est qu'en agissant de la sorte on s'exposerait souvent à détruire la vie, en même temps que la diathèse de la maladie. Et de même que, dans les inflammations les plus intenses, un médecin prudent ne pratiquera jamais dix saignées dans un jour sur le même malade (ce qui pourra avoir lieu sans inconvénient dans le courant d'une semaine), aucun rasorien ne s'avisera d'administrer, dans une heure, la quantité de remède que le malade pourra prendre sans danger dans un jour.

Les médecins, qui attribuent au muriate de baryte une action *tonique*, *stimulante*, pourraient croire que la surexcitation observée dans le premier malade a été produite par ce remède, et que les vomissements, coliques, etc., survenus au second, dépendaient d'une *gastro-entérite* très-grave suscitée par le même muriate; mais, pour éloigner un pareil soupçon, il suffira de remarquer que,

dans le premier cas, la surexcitation a disparu, à l'aide d'une saignée et du régime, sans que le malade ait cessé de prendre le médicament; et, dans le second, puisque les symptômes d'empoisonnement ont cédé sous l'influence du vin et d'aliments toniques, nous sommes autorisés à croire, par cet axiome *contraria contrariis* et par tout ce que nous avons observé ensuite, que non-seulement le tube intestinal n'était pas enflammé, mais encore qu'il se trouvait dans un état entièrement opposé.

Si l'on s'était basé seulement sur les symptômes que les deux malades ont présentés vers la moitié de leur traitement, on les aurait crus déjà guéris; mais on ne pouvait les considérer comme tels, puisqu'ils prenaient et toléraient encore de fortes doses de muriate; et, en effet, leur guérison était encore bien éloignée. Ceci nous fournit une preuve évidente de l'exactitude du précepte de Rasori : *qu'il y a des maladies à peu de symptômes et à beaucoup de diathèses dont l'existence échappe aux sens et aux moyens de l'art connus jusqu'ici, et ne saurait être indiquée que par la tolérance de fortes doses d'un médicament actif.* Ce principe est de la plus grande utilité dans la pratique; car j'ai vu des individus, chez lesquels il y avait encore beaucoup de tolérance, cesser leur traitement parce qu'ils se croyaient déjà guéris, et avoir ensuite des récidives très-graves, attribuées mal à propos à l'inefficacité du remède.

Cette tolérance ne peut pas être l'effet de l'habitude; car non-seulement l'augmentation des doses n'a jamais lieu suivant les gradations et les époques requises par les *lois de l'habitude,* mais encore la tolérance diminue à mesure que la maladie disparaît (comme on peut le voir dans les deux précédentes observations), au lieu d'augmenter en raison directe du temps depuis lequel le malade fait usage du médicament.

Le malade de la première observation a présenté quelques signes d'intolérance vers le 93e jour du traitement, quoique après il ait continué à prendre le muriate de baryte à la même dose, sans en souffrir. Ceci pourrait faire croire, au premier abord, que les inductions tirées de la tolérance des médicaments sont parfois inexactes; mais il faut remarquer que le malade, immédiatement après avoir pris deux cuillerées à la fois de solution de muriate, a avalé une tasse de bouillon; et personne n'ignore que tout liquide chaud, introduit dans l'estomac de suite après un remède, a la propriété d'augmenter considérablement son action. Ce qui prouve en effet que l'on doit à cette cause passagère l'apparition des vomissements et des coliques, c'est que ces accidents ont cessé avec la cause qui les avait déterminés.

TROISIÈME OBSERVATION.

M***, élève en droit, âgé de dix-neuf ans, et d'une constitution éminemment scrofuleuse, avait eu, dans son enfance, la rougeole suivie d'une toux opiniâtre qui le tourmenta pendant plusieurs mois, et qui cessa à la suite d'un engorgement et d'une suppuration dans les ganglions du cou. Cette dernière maladie persista longtemps, et disparut par l'usage des bains de mer et de l'extrait d'aconit administré à haute dose par un médecin fort habile. A l'âge de quinze ans, il commença à souffrir des douleurs profondes à l'articulation du genou gauche, accompagnées par des tiraillements qui l'arrêtaient dans sa marche; leur durée n'étant que de quelques instants, il n'y fit pas grande attention, d'autant plus que sa santé, en général, était assez bonne. Ces douleurs devinrent plus fréquentes et se firent sentir encore pendant la nuit et le repos. Un médecin qui fut consulté, ayant attribué ces douleurs aux fatigues de la chasse et à une vie trop active, lui ordonna un repos absolu, des cataplasmes émollients et des bains tièdes; il assura d'ailleurs au malade qu'il n'avait rien à craindre, le genou étant dans son état naturel. Les douleurs disparurent pendant ce traitement; mais, quelques mois après, elles devinrent plus fortes et plus fréquentes que jamais, le genou se gonfla; les mouvements de l'articulation étaient de temps en temps, et dans certaines positions, gênés et douloureux. Le même médecin le soumit encore à l'usage des cataplasmes émollients, fit appliquer vingt sangsues autour du genou, et recommanda d'ailleurs au malade de garder le lit jusqu'à ce que le genou fût entièrement désenflé.

Quelques mois après, M*** se trouva si bien, qu'il crut sa guérison assurée. Les douleurs au genou ne se faisaient sentir qu'après un très-long exercice. Mais cette amélioration ne fut pas de longue durée : M***, étant à la chasse, tomba, et le genou frappa violemment contre une pierre; la contusion fut si forte et si douloureuse, qu'on dut le porter chez lui sur un brancard. On lui fit deux saignées et on lui appliqua plusieurs fois des sangsues. Au bout de trois semaines, l'inflammation aiguë cessa, mais le genou était toujours enflé, ses mouvements difficiles et douloureux. Pendant plus d'un an, le malade fut soumis à plusieurs traitements. On lui appliqua des vésicatoires, le cautère actuel (dont les plaies furent maintenues ouvertes pendant plusieurs mois), des sangsues en quantité, et tous les prétendus résolutifs; on lui fit prendre aussi des eaux minérales; mais aucun de ces moyens ne produisit d'amélioration. Plusieurs médecins furent consultés, et trois d'entre eux voyant l'inefficacité des remèdes, la persévérance des douleurs toujours croissantes et le dépérissement du malade, craignirent une carie aux extrémités osseuses et proposèrent l'amputation que le malade refusa. C'est à cette époque qu'il fut confié aux soins de mon père. Nous le trouvâmes dans l'état suivant : le genou gauche est très-enflé particulièrement à sa partie interne; la peau est dans son état normal; les veines cutanées sont variqueuses;

douleurs très-aiguës et presque continuelles dans l'intérieur de l'articulation, qui augmentent au plus léger mouvement du corps, et particulièrement du genou ; la jambe de ce côté est plus mince que celle du côté droit, et un peu fléchie sur la cuisse ; le genou dependant conserve ses mouvements, et l'on pourrait étendre la jambe si de trop fortes douleurs n'étaient réveillées par le moindre mouvement. Les glandes du pli de l'aine et du cou sont légèrement engorgées. La tuméfaction du genou n'est pas toujours douloureuse au toucher ; mais il est impossible au malade de s'appuyer sur le pied sans beaucoup souffrir. La langue est sèche, large et pâteuse : le malade attribue cette sécheresse aux cris continuels qu'il est forcé de pousser, par les douleurs atroces qu'il souffre au genou. Insomnie depuis plusieurs mois ; dégoût ; constipation ; maigreur générale ; pouls dur, plein, mais apyrétique. Les principaux organes des cavités splanchniques paraissent dans leur état normal Le malade est pourtant dominé par une profonde tristesse et par une inquiétude morale assez forte.

Premier jour de traitement. Purée de pomme de terre (seul aliment dont le malade prend quelques cuillerées), tisane d'orge pour boisson ; muriate de baryte, 12 gr. en 6 onces d'eau distillée, à prendre par cuillerées d'heure en heure ; cataplasme de digitale pourprée sur le genou.

2[e] *jour*. Tolérance. (Même régime ; muriate de baryte, 24 gr.)

3[e]. Tolérance. (Même régime ; muriate de baryte, 36 gr.)

4[e]. Tolérance. Depuis dix jours, le malade n'a pu aller à la garde-robe. (Même régime et cataplasme ; un lavement émollient ; muriate de baryte, 2 scrupules.)

5[e]. Une selle ; tolérance. (Même régime ; muriate de baryte, 1 gros.)

Du 6[e] au 10[e]. Les douleurs ont un peu diminué ; le gosier est moins sec ; le pouls toujours dur et plein. Le malade a eu, pendant les nuits précédentes, quelques moments de repos. Tolérance. (Même régime et cataplasme ; muriate de baryte, 4 scrupules.)

Du 10[e] au 20[e]. Même état ; une selle sans douleurs presque tous les jours. Tolérance. (Même régime ; muriate de baryte, 5 scrupules.)

Du 21[e] au 31[e]. Les douleurs au genou ont diminué, de manière que le malade dort quelques heures tranquillement ; moins de dégoût ; une selle par jour ; point de sécheresse au gosier ; le pouls est toujours plein et fort. Tolérance. (Même régime ; muriate de baryte, 2 gros.)

Du 32[e] au 40[e]. Le genou est moins enflé et moins douloureux, même en remuant légèrement la jambe ; appétit ; une selle par jour ; tolérance. (Deux crèmes de riz ; des pommes cuites ; un bain tiède de propreté, dans lequel le malade a pu entrer sans beaucoup souffrir. Muriate de baryte, 2 gros.)

41[e]. Après le bain, le malade a éprouvé quelques nausées et a eu trois selles avec tranchées ; le pouls est faible. (Même régime ; point de cataplasme ; muriate de baryte, 1 gros.)

42[e]. Les nausées et les douleurs de ventre ont cessé. Le pouls s'est relevé. Le malade n'a pas pris le gros de muriate qu'on lui avait prescrit hier. (Même régime ; muriate de baryte, 1 gros.)

43[e]. Le mieux se soutient. Point de selle ; le pouls est plein et fort comme auparavant. Tolérance. (Même régime ; muriate de baryte, 2 gros.)

Du 44[e] au 50[e]. Les douleurs à la tumeur diminuent progressivement ; le genou est moins enflé, les mouvements moins douloureux ; appétit ; sommeil tranquille durant presque toute la nuit ; une selle par jour ; pouls moins plein et moins fort. Tolérance. (Même régime ; muriate de baryte, 2 gros.)

Du 51[e] au 60°. Même état. Tolérance. (Même régime ; muriate de baryte, 2 gros 1/2.)

61[e]. Quatre selles avec tranchées ; envies de vomir ; pouls faible ; point de douleurs au genou. (Même régime ; muriate de baryte, 2 gros.)

Du 62[e] au 70[e]. Diminution extraordinaire de la tumeur ; les douleurs sont très-légères et ne se font sentir que bien rarement ; le malade peut bouger la jambe sans souffrir ; il a d'ailleurs grand appétit et beaucoup de gaîté. Une selle par jour, sommeil tranquille, pouls naturel ; l'engorgement glandulaire au cou et au pli de l'aine a entièrement disparu. Tolérance. (Trois soupes par jour et quelques fruits ; muriate de baryte, 2 gros.)

Du 71[e] au 92[e]. L'amélioration va toujours croissant ; on a tenté de faire exécuter quelques mouvements à l'articulation, le malade n'en a pas ressenti de fortes douleurs ; encouragé par cette tentative, on a étendu la jambe presque entièrement sur la cuisse ; quelques craquements se sont fait alors entendre dans le genou. La jambe est d'ailleurs moins mince ; les varices ont disparu ; le malade gagne de l'embonpoint ; il a une selle par jour et éprouve une faim *désolante*. Tolérance. (Trois soupes par jour, deux plats de légumes, des fruits ; muriate de baryte, 2 gros.)

Du 93[e] au 103[e]. M. M*** peut mouvoir la jambe et l'articulation presque sans douleur ; il désire se lever et manger davantage. Son embonpoint est si extraordinaire, que quelques amis qui ne l'avaient pas vu depuis longtemps ont eu, pour ainsi dire, de la peine à le reconnaître. Une selle par jour. Tolérance. (Trois soupes par jour, du poisson, des pommes de terre et quelques fruits ; muriate de baryte, 2 gros.)

Du 104[e] au 120[e]. Il se lève tous les jours ; il peut s'appuyer sur le pied, étendre et fléchir la jambe, quoique avec peine. Dans ces mouvements, l'articulation fait toujours entendre quelques craquements suivis par de légères douleurs. Le malade, au reste, se croit déjà guéri. To-

lérance. (Même régime; 2 gros de muriate.)

Du 121e au 126e. Même état; même traitement.

127e. L'état général et local du malade ne saurait être plus satisfaisant; six selles avec des douleurs de ventre; l'appétit est dévorant. (Même régime; un gros de muriate.)

Du 128e au 136e. M. M*** se trouve très-bien, mais la faim le tourmente beaucoup; une selle par jour. Tolérance. (Trois soupes, un peu de poulet; du pain, des légumes et des fruits; un gros de muriate.)

137e. Envies de vomir; dégoût; douleurs au ventre; cinq selles; pouls faible; malaise général; répugnance à prendre le remède. (Même régime; un demi-gros de muriate de baryte.)

Du 138e au 140e. Il se trouve bien: quatre selles par jour. (Même régime; 12 grains de muriate de baryte.)

Du 141e au 146e. Le malade est toujours bien; mais il a, tous les jours, trois ou quatre selles copieuses. (Même régime; 6 grains de muriate.)

Du 147e au 149e. Plusieurs selles avec des douleurs de ventre. (Même régime; 3 grains de muriate de baryte.)

Du 150e au 153e. Les évacuations alvines continuent; et la répugnance pour le remède augmente de plus en plus. (Même régime; point de muriate.)

154e. Point de selle; M. M*** se promène avec facilité et sans ressentir aucune douleur à l'articulation. (Son régime ordinaire; point de muriate.)

Du 155e au 162e. La guérison est achevée.

Nous avons eu occasion de revoir, longtemps après, M. M***, qui jouissait d'une santé parfaite, et pouvait se servir de sa jambe, comme si elle n'eût jamais été atteinte d'une maladie si grave.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Une jeune personne âgée de douze ans, et d'un tempérament scrofuleux, avait eu, dans son enfance, la petite-vérole, à la suite de laquelle, d'après le récit de sa mère, les glandes du cou se gonflèrent, et de bien portante et fraîche qu'elle était, cette petite fille resta toujours, infirme. A l'âge de 9 ans, on vit paraître une tumeur au-dessous et à gauche de la mâchoire inférieure; plus tard, cette tumeur s'ouvrit et donna issue à une grande quantité de matière; les téguments décollés s'amincirent peu à peu, s'ulcérèrent, et leur ulcération forma une plaie qu'aucun remède ne put cicatriser. A l'âge de 11 ans, le genou droit, sans cause connue, commença à se gonfler, et les moindres mouvements de l'articulation suscitaient des douleurs si vives, que bientôt cette demoiselle ne put marcher qu'avec beaucoup de peine, et ayant soin de s'appuyer le moins possible sur le pied droit. Quatre mois avant d'être confiée à nos soins, son œil droit larmoyait continuellement; le paupières étaient souvent collées; une matière épaisse s'écoulait de son angle interne. Plusieurs médecins, qui avaient été consultés auparavant, avaient déjà administré à cette malade différents remèdes, particulièrement le quinquina, les préparations martiales et les frictions mercurielles tout autour de l'articulation tibio-fémorale; on lui avait conseillé, en outre, de suivre un régime succulent. Nous l'avons trouvée dans l'état suivant:

Le genou droit était énormément enflé, particulièrement en dehors; la rotule, poussée en avant, paraissait détachée de l'articulation, et on sentait latéralement une fluctuation prononcée; des douleurs très-vives, augmentées par le plus petit mouvement de la jambe, et surtout de la jambe sur la cuisse, se faisaient sentir au centre de l'articulation; les téguments, recouvrant cette partie, étaient pâles et très-sensibles au toucher; la jambe, de ce côté, était plus maigre que celle du côté gauche et un peu fléchie sur la cuisse; le cou de pied était œdémateux. A la partie latérale gauche du cou et précisément en dehors de la glande sublinguale, la malade portait une plaie pâle, de deux pouces environ de diamètre à bords inégaux, durs et décollés, suintant une humeur séreuse. Le sac lacrymal droit était enflé, et, en le pressant, on faisait sortir un liquide visqueux par les points lacrymaux; les bords des paupières étaient rouges, irrités et couverts de chassie; les larmes coulaient sur la joue. La figure de la malade était bouffie; le reste du corps, maigre; la langue sèche, étroite, pointue, et ses bords rouges; dégoût, tristesse. Depuis un mois, il y a diarrhée et un peu de fièvre tous les soirs; le pouls est d'ailleurs dur et tendu; la peau chaude. Tous les organes splanchniques paraissent sains, abstraction faite de l'irritation du tube intestinal.

1er *jour de traitement.* Une petite crème, matin et soir; eau gommeuse pour boisson; muriate de baryte, 3 grains dans 6 onces d'eau distillée, à prendre par cuillerées, d'heure en heure; cataplasme de digitale pourprée sur le genou; on a pansé la plaie du cou avec un peu de charpie sèche, et on a recommandé à la malade de comprimer, matin et soir, le sac lacrymal avec les doigts pour le vider, ainsi que de se bassiner l'œil avec de l'eau fraîche.

2e. Six selles comme auparavant. Tolérance. (Mêmes traitement.)

Du 3e au 8e. Même état; tolérance. (Même régime; même cataplasme; muriate de baryte, 6 grains.)

9e. Quatre selles, mais peu abondantes; langue moins sèche et moins rouge; tolérance. (Même régime; muriate de baryte, 12 grains.)

10e. Deux selles; la fièvre et les douleurs au genou ont un peu diminué; la malade éprouve, en

outre, moins de dégoût ; tolérance. (Même régime ; muriate de baryte, 18 grains.)

11e. Point de selle ; la langue est presque dans son état normal ; la plaie du cou est un peu plus rouge, et la matière qui en sort, un peu plus épaisse ; mais ses bords sont toujours durs et décollés ; tolérance. (Même régime ; muriate de baryte, un scrupule.)

12e. Une selle ; le larmoiement a diminué, et, lorsqu'on presse le sac lacrymal, il n'en sort plus autant de matière puriforme ; l'œdème qui environnait le cou de pied a disparu ; apyrexie. (Même régime ; muriate de baryte, 30 grains.)

Du 13e au 18e. Même état ; tolérance. (Même régime : muriate de baryte, un demi-gros.)

Du 19e au 24e. État stationnaire : tolérance. (Même régime ; muriate de baryte ; 2 scrupules.)

Du 25e au 30e. La tumeur du genou et les douleurs que la malade y ressentait ont beaucoup diminué ; la tumeur lacrymale et l'épiphora ont également diminué ; la plaie du cou est toujours rouge, mais la cicatrice n'avance guère ; apyrexie ; appétit ; état général amélioré ; une selle par jour ; tolérance. (Même régime et même cataplasme ; muriate de baryte, 2 scrupules et demi. Nous avons coupé, avec des ciseaux plats, les bords décollés de la plaie du cou, et on l'a ensuite pansée avec de la charpie sèche. On continue deux fois par jour à vider la tumeur lacrymale, en la comprimant avec les doigts ; on maintient, d'ailleurs, l'œil dans la plus grande propreté.)

Du 31e au 37e. L'amélioration continue ; appétit ; tolérance. (Deux soupes plus copieuses ; pommes cuites ; cataplasme sur le genou ; muriate de baryte, un gros.)

Du 38e au 45e. La tumeur et les douleurs au genou ont considérablement diminué ; la malade peut exécuter quelques mouvements avec la jambe sans souffrir. La plaie du cou commence à se cicatriser à la fois et par son centre et par les bords. Le sac lacrymal ne s'enfle plus ; le larmoiement diminue chaque jour ; les paupières ne se collent plus ensemble ; appétit gaîté ; apyrexie ; une selle par jour ; tolérance. (Même régime, etc., muriate de baryte, un gros.)

Du 46e au 54e. Même état. (Même traitement.)

Du 55e au 65e. L'amélioration continue progressivement ; tolérance. (Même traitement.)

66e. État stationnaire ; appétit ; une selle par jour ; tolérance. (Même régime ; muriate de baryte, 4 scrupules.)

67e. Vomissements ; douleurs de ventre ; plusieurs selles ; abattement prononcé ; pouls petit, faible et fréquent. (Deux tasses de bouillon avec une cuillerée de vin ; suspension du muriate.)

68e. Plusieurs selles avec tranchées ; faiblesse générale, dégoût ; inquiétude ; la langue est large et humide ; le pouls faible et lent. (Même régime ; point de muriate.)

69e. Quatre selles sans tranchées ; pouls plus fort et moins lent ; forces générales relevées ; appétit. (Deux soupes ; point de muriate.)

70e. Point de selle ni de douleurs de ventre ; pouls naturel ; appétit. Il n'y a plus d'écoulement par le sac lacrymal ; le larmoiement a diminué. La cicatrisation de la plaie du cou est très-avancée ; la tumeur au genou a diminué plus de deux tiers ; l'articulation est plus libre ; les douleurs ne se font sentir que lorsqu'on fléchit la jambe sur la cuisse. L'état général de la malade est d'ailleurs excellent. (Deux soupes et quelques fruits cuits : muriate de baryte, un scrupule.)

71e. Une selle sans douleurs ; tolérance. (Même traitement.)

72e. Même état ; tolérance. (Même régime ; muriate de baryte, 2 scrupules.)

Du 73e au 80e. État stationnaire : appétit ; tolérance. (Même régime ; muriate de baryte, 2 scrupules et demi.)

Du 81e au 91e. Le larmoiement a complétement cessé. Le genou continue à se désenfler ; la malade peut étendre et fléchir la jambe sans beaucoup souffrir ; appétit vorace ; une selle par jour ; tolérance. (Deux soupes, des pommes de terre, des fruits ; muriate de baryte, 2 scrupules et demi.)

Du 92e au 100e. La plaie du cou est presque entièrement cicatrisée ; embonpoint marqué ; appétit vorace ; tolérance. (Même régime ; muriate de baryte, un gros.)

Du 101e au 110e. Les douleurs au genou ne se font plus sentir que dans certains mouvements de l'articulation, mais le genou est encore enflé. Le larmoiement a reparu ; le sac lacrymal est dans son état naturel ; tolérance. (Même régime ; muriate de baryte, un gros ; un collyre ainsi composé : sulfate de zinc, 2 grains ; eau de rose, 3 onces.)

Du 111e au 121e. L'épiphora a cessé, et la plaie du cou est complétement cicatrisée. Les mouvements de l'articulation tibio-fémorale ne sont plus douloureux. La malade se lève et peut s'appuyer sur le pied, du côté droit, sans beaucoup souffrir ; appétit extraordinaire ; tolérance. (Trois soupes, des légumes, des fruits ; muriate de baryte, un gros ; collyre.)

Du 122e au 140e. Le genou est presque entièrement désenflé ; la marche est facile ; une selle par jour ; tolérance. (Même régime ; un gros de muriate.)

141e. Envies de vomir ; six selles avec tranchées ; pouls petit, faible et lent ; dégoût. (Une soupe ; point de muriate.)

142e. Point de selle ni de nausées ; pouls plus fort ou moins lent ; appétit. (Trois soupes, des légumes, des fruits ; 2 scrupules de muriate.)

Du 143e au 149e. La malade se croit déjà guérie ; elle vient régulièrement à la selle une fois par jour. Tolérance. (Même traitement.)

150e. Douleurs de ventre ; dix selles ; vomis-

sement ; abattement complet. (Une soupe ; point de muriate.)

151e. Tous les symptômes d'intolérance ont disparu ; l'appétit est vorace ; le genou est dans son état naturel, et la marche très-facile. (Trois soupes, du poisson, du pain et des fruits ; muriate de baryte, 1 scrupule.)

Du 152e au 156e. Même état. Tolérance. (Même traitement.)

157e. Vomissement ; plusieurs selles ; douleurs de ventre ; faiblesse générale. (Une soupe ; point de muriate.)

158e. Les troubles qui avaient paru hier au tube intestinal ont complétement cessé ; la malade est moins faible et se trouve assez bien. (Trois soupes, du poisson, des fruits ; muriate de baryte, 12 grains.)

Du 159e au 162e. La malade va de mieux en mieux ; elle n'a qu'une selle par jour. Tolérance. (Même régime ; muriate de baryte, 12 grains.)

163e. Plusieurs selles ; envies fréquentes de vomir ; faiblesse générale. (Une soupe ; point de muriate.)

164e. Point de selles ni envies de vomir ; appétit. (Trois soupes, du poisson et des fruits ; muriate de baryte, 6 grains.)

Du 165e au 167e. Deux selles par jour. (Même régime ; 3 grains de muriate.)

Du 168e au 170e. Trois ou quatre selles par jour. (Même régime ; point de muriate.)

Du 171e au 175e. Il n'y a eu qu'une seule évacuation alvine par jour. La guérison marche d'un pas rapide. (Régime ordinaire.)

176e. Cette jeune personne est complétement guérie.

Trois ans après, les règles ont paru ; elles ont été précédées par quelques souffrances qui ont cédé cependant à une saignée générale. La tumeur lacrymale n'a plus reparu ; la cicatrice au cou est un peu difforme, mais solide. Le genou est toujours dans son état normal.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Mademoiselle N***, âgée de huit ans, et d'un tempérament scrofuleux, avait eu, à l'âge de deux ans, le ventre enflé et dur, une diarrhée opiniâtre et beaucoup de difficulté à marcher. Un médecin anglais déclara à sa mère que cette jeune fille était atteinte du *carreau*, et lui prescrivit le muriate de chaux, ainsi que les bains de mer. Sous l'influence de ce traitement, mademoiselle N***, au bout d'un an, se trouve bien ; mais elle resta toujours pâle, maigre, et il lui survint derrière les oreilles un écoulement très-abondant qui résista à plusieurs remèdes. Quatre mois avant l'époque où mon père fut appelé auprès de cette malade, la malléole interne du pied gauche se gonfla et devint douloureuse ; et cette légère indisposition fut suivie, quelques semaines après, par de si fortes douleurs au genou droit, qu'elle fut obligée de s'aliter. A plusieurs reprises, on appliqua des sangsues autour du genou et autour de la cheville, ainsi que des cataplasmes émollients ; on avait encore prescrit et administré le sirop de Portal et différentes sortes de tisanes. Le régime suivi par cette jeune malade étant d'ailleurs fort doux, elle se trouve un peu soulagée ; mais de temps à autre elle souffrait encore, et les douleurs augmentaient toujours d'intensité. Je l'ai vue pour la première fois dans l'état suivant :

Le genou droit était enflé, particulièrement en dehors et très-sensible au toucher ; des douleurs très-vives se faisaient sentir dans l'intérieur de l'articulation, et augmentaient au moindre mouvement ; la peau avait conservé sa couleur naturelle ; la jambe, de ce même côté, était étendue sur la cuisse et très-mince. La malléole interne du pied gauche était enflée et très-douloureuse ; les téguments qui la recouvrent paraissaient dans leur état normal. Derrière les oreilles, la peau était rouge et enflammée ; l'oreille gauche semblait presque détachée de la tête par de profondes gerçures : un écoulement copieux et fétide avait lieu par les téguments et les glandes cutanées. Engorgement dans les ganglions lymphatiques du cou ; ventre dur et enflé ; diarrhée ; soif continuelle ; fièvre lente ; maigreur extrême ; bouffissure à la face ; dégoût, inquiétude extraordinaire ; sommeil interrompu par la violence des douleurs.

1er *jour du traitement*. Deux crèmes d'avénas ; eau sucrée pour boisson ; muriate de baryte, 2 grains en 4 onces d'eau distillée, à prendre par cuillerées, d'heure en heure ; cataplasme de digitale pourprée sur le genou et autour de la malléole ; lotions fréquentes derrière les oreilles.

Du 2e au 6e. Même état ; la malade a, tous les jours, six ou sept évacuations alvines (même régime et cataplasmes ; muriate de baryte, 4 grains.)

7e. Les douleurs, la soif et la diarrhée ont un peu diminué ; le pouls est plus fort et moins fébrile ; tolérance. (Même régime et muriate de baryte, 8 grains.)

8e. Deux selles moins liquides ; ventre moins dur ; la soif a diminué, les douleurs sont moins vives et moins fréquentes. L'écoulement qui existe derrière l'oreille gauche a également diminué : tolérance. (Même régime, etc. ; muriate de baryte, un demi-scrupule.)

Du 9e au 13e. Même état ; tolérance. (Même régime et cataplasmes ; muriate de baryte, 15 grains.)

14e. Tous les symptômes ont sensiblement diminué ; une selle par jour. La malade prend ses crèmes sans dégoût ; tolérance. (Même régime, etc. ; muriate de baryte, 18 grains.)

Du 15e au 20e. Le sommeil est à la fois plus long et plus calme ; apyrexie ; gaîté ; les tumeurs

du genou et de la malléole ont diminué ; les douleurs sont moins vives. Appétit ; ventre souple ; une selle par jour : tolérance. (Deux crèmes de riz et quelques pommes cuites ; muriate de baryte , 21 grains.)

Du 21e au 25e. L'amélioration continue ; la malade n'a qu'une seule évacuation alvine par jour, et désire manger ; tolérance. (Même régime ; muriate de baryte , 24 grains.)

Du 26e au 30e. Les gerçures derrière l'oreille ont disparu ; l'écoulement et la rougeur ont de beaucoup diminué. L'engorgement des ganglions lymphatiques du cou est moins prononcé. Les douleurs , tant au genou qu'à la malléole , diminuent de plus en plus. État général beaucoup amélioré ; appétit ; une selle par jour ; tolérance. (Même traitement.)

Du 31e au 39e. État stationnaire ; beaucoup d'appétit ; tolérance. (Deux soupes, des légumes , des fruits ; cataplasme sur les tumeurs ; muriate de baryte , 30 grains.)

Du 40e au 50e. L'écoulement derrière les oreilles a complétement cessé. La malade peut faire quelques mouvements avec les jambes sans beaucoup souffrir ; elle a repris un peu d'embonpoint. Ventre souple , une selle par jour ; tolérance. (Même traitement.)

Du 51e au 75e. État stationnaire ; tolérance. (Même régime et cataplasmes ; muriate de baryte , 36 grains.)

76e. Vomissements violents ; plusieurs selles avec tranchées ; prostration générale des forces ; quelques défaillances ; pouls petit et très-faible ; angoisses ; assoupissement ; suppression des urines ; déglutition très-difficile. La malade a pris toute la dose de muriate de baryte dans la matinée. (Une cuillerée de vin chaque heure.)

76e *Dans la nuit.* Point de défaillance , mais le pouls ne s'est pas relevé ; le vomissement et les selles continuent encore ; la malade est toujours dans un abattement complet ; la déglutition cependant est moins difficile. (Teinture *thébaïque* , 2 scrupules ; eau de cannelle, 2 gros ; eau distillée 4 onces ; sirop de diacode, 1 once ; mêlez à prendre par cuillerées : bouillon avec un peu de vin.)

77e. Le vomissement et les douleurs de ventre ont cessé ; huit selles ; moins d'abattement ; pouls moins faible ; point d'assoupissement. La tumeur qui environnait la malléole a complétement disparu ; le genou est encore un peu enflé , mais point douloureux. (Bouillon ; quelques cuillerées de la potion stimulante que la malade n'a pas finie.)

78e. Les forces se sont entièrement relevées ; la malade a passé une très-bonne nuit ; pouls dans l'état normal ; trois selles ; appétit. (Deux soupes grasses.)

79e Même état : une selle , appétit vorace. (Deux soupes et un peu de poisson.)

80e La malade est bien ; l'articulation du genou est plus libre, mais ses mouvements sont toujours un peu douloureux ; l'articulation tibio-tarsienne gauche est dans son état naturel ; une selle ; appétit. (Même régime ; muriate de baryte , un scrupule.)

81e. La malade, éprouvant beaucoup de répugnance pour la solution de muriate , n'en a pris que la moitié. Quatre selles , sans tranchées ; du reste, l'amélioration se soutient. (Même régime ; 6 pastilles de muriate de baryte de 2 grains chaque, à prendre de deux en deux heures.)

82e. Le genou n'est plus enflé ; ses mouvements sont entièrement libres et point douloureux. La malade marche lentement, mais sans souffrir. Une selle ; appétit ; tolérance. (Même régime ; 6 pastilles de muriate.)

Du 83e au 87e. La malade se trouve tout à fait bien ; l'embonpoint augmente beaucoup ; une seule évacuation alvine par jour ; tolérance. (Même traitement.)

88e Envies de vomir et quelques tranchées ; six évacuations alvines. (Même régime ; 3 pastilles de muriate.)

89e Quatre selles avec des douleurs de ventre. (Même régime ; 1 pastille de muriate , d'un grain seulement, matin et soir.)

Du 90e au 93e. Trois ou quatre selles par jour. Cette jeune fille marche maintenant très-bien et sans souffrir ; elle a d'ailleurs grand appétit. (Des soupes grasses, de la viande blanche, des légumes et des fruits ; on a suspendu le muriate.)

Du 94e au 104e. Mlle N*** a toujours été de mieux en mieux ; elle a suivi le même régime , et n'a eu qu'une seule évacuation alvine par jour. La guérison s'est complétement consolidée.

SIXIÈME OBSERVATION.

M. F. B. , âgé de 37 ans, d'une constitution scrofuleuse, avait eu, dans son enfance, des abcès au cou, qui lui laissèrent des cicatrices informes. A l'âge de 14 ans, il fut atteint par la rougeole , suivie d'une toux sèche , qui le tourmenta pendant huit mois , et qui fit craindre , pour le malade, une phthisie pulmonaire. Cette toux, au surplus , lui revenait toutes les fois qu'il se livrait à quelques excès, ou qu'il s'exposait à un air froid et humide. A 22 ans , il eut un chancre au prépuce, et un bubon à l'aine droite, qui termina par la suppuration. A la suite de cette affection, et malgré un traitement antisyphilitique, M. F. B... souffrit des douleurs ostéocopes qui persistèrent pendant plusieurs années, et cédèrent enfin à l'emploi réitéré des mercuriaux. Parvenu à l'âge de 34 ans, il sentit des douleurs très-vives dans l'articulation du genou gauche , douleurs qui , en l'absence de toute autre cause connue, furent attribuées à l'ancienne affection vénérienne , et traitées par plusieurs frictions mercurielles faites sur toute la jambe. Les douleurs se calmèrent un peu ; mais elles

devinrent bientôt plus fréquentes et plus vives ; le genou se gonfla ; quelques abcès se formèrent autour de l'articulation ; il en sortit plusieurs esquilles osseuses. Différents médecins avaient été consultés : mais les divers traitements qu'ils proposèrent ne purent procurer au malade aucune amélioration. Nous l'avons trouvé dans l'état suivant :

Le genou gauche est très-enflé et percé de plusieurs trous fistuleux par lesquels sort, et en assez grande quantité, de la matière ichoreuse ; la cuisse, du même côté, est également enflée et dure, la jambe œdémateuse.

Le moindre mouvement du genou donne lieu à des douleurs très-fortes. Le malade est très-maigre et a une fièvre lente, qui est ordinairement précédée par des frissons, et diminue le matin, à la suite de sueurs abondantes. La langue est un peu sèche, quoique souvent humectée par les boissons. Le malade a, en outre, une toux sèche et opiniâtre, une douleur sourde au côté gauche de la poitrine, la respiration râleuse, et un peu de diarrhée.

Mon père refusa d'abord de se charger de ce malade, car il était évident que les désorganisations locales étaient déjà trop avancées pour que l'on pût espérer quelque amélioration d'un traitement général ; l'amputation même ne pouvait sauver le malade. Toutefois, ses parents insistèrent pour qu'on essayât encore ici *la même eau minérale* (muriate de baryte) qui avait si bien réussi dans d'autres cas, et l'on dut se rendre à leurs instances.

1er *jour de traitement*. On supprime les préparations opiacées dont le malade faisait usage, et on lui défend la viande et le vin. (Trois crèmes de riz par jour ; 3 grains de muriate de baryte dans 6 onces d'eau distillée, à prendre par cuillerées ; un cataplasme émollient sur le genou.)

2e. La nuit a été plus tranquille, la diarrhée moins forte, et la suppuration moins abondante. (Même traitement et même régime.)

Du 3e au 10e. Tous les symptômes ont diminué, y compris la fièvre et la toux ; le malade n'a que quelques selles par jour. (Même régime ; muriate de baryte, 6 grains.)

Du 11e au 15e. Le genou est moins douloureux et moins enflé ; l'amélioration se soutient. (Même régime ; muriate de baryte, 10 grains.)

Du 16e au 20e. Même état ; tolérance. (Même régime ; 12 grains de muriate.)

Du 21e au 30e. La fièvre a beaucoup diminué ; la langue n'est plus sèche, la diarrhée a cessé, mais la toux persiste toujours. Le genou est dans un état stationnaire ; tolérance. (Même régime ; muriate de baryte, 18 grains.)

Du 31e au 35e. Même état ; tolérance. (Même régime ; 22 grains de muriate.)

36e. Fièvre ardente ; douleurs très-vives à la partie externe du genou, qui est devenue plus rouge et plus enflée ; les fistules ne donnent plus de matière ; tolérance. (Même régime ; muriate de baryte, 1 scrupule ; cataplasmes émollients qu'on doit souvent renouveler.)

37e. Même état ; il se forme un abcès dans la partie externe du genou ; tolérance. (Même régime ; 30 grains de muriate.)

Du 38e au 42e. On a ouvert l'abcès, d'où il est sorti beaucoup de matière purulente. La fièvre a diminué ; les douleurs aiguës au genou ont cessé ; tolérance. (Même traitement et même régime.)

43e. La toux persiste toujours ; la fièvre a repris son premier caractère. Le malade a éprouvé quelques douleurs de ventre et plusieurs évacuations alvines. (Même régime ; muriate de baryte, 40 grains.)

44e. Même état qu'au commencement du traitement ; plusieurs évacuations alvines accompagnées par des douleurs de ventre et par quelques nausées ; le pouls est très-faible. (Même régime ; 12 grains de muriate.)

45e. Inquiétude générale, faiblesse, dégoût ; pouls très-petit et faible ; diarrhée ; envies de vomir. (Quelque peu de bouillon ; point de muriate.)

46e. Le malade est moins accablé ; le pouls s'est relevé ; point de nausées et moins de selles ; mais la toux est toujours la même ; le genou suppure beaucoup. (Une soupe grasse, matin et soir.)

47e au 52e. L'état général du malade paraît un peu amélioré, mais les douleurs au genou ont beaucoup augmenté. La fièvre est continue ; la diarrhée a diminué. (Deux soupes ; 6 grains de muriate ; cataplasme de digitale pourprée sur le genou.)

53e. Plusieurs selles avec tranchées ; malaise général ; pouls très-petit et faible ; nuit très-inquiète. (Des bouillons avec quelques cuillerées de vin ; plus de muriate.)

54e. Les douleurs de ventre et le malaise ont cessé ; le pouls est moins faible ; la diarrhée a diminué. (Du lait, le matin ; deux soupes grasses dans la journée.)

55e au 62e. Il sort beaucoup de matière fétide par les fistules. La diarrhée, les sueurs nocturnes et la faiblesse générale ont beaucoup augmenté ; la toux devient de plus en plus fatigante, la respiration plus difficile : l'émaciation fait des progrès ; les nuits sont très-inquiètes, (Même régime.)

63e. Deux médecins sont appelés en consultation et proposent l'amputation ; mais ce moyen n'est pas adopté par mon père, car l'observation stéthoscopique lui a démontré l'existence de plusieurs tubercules dans le poumon droit. Toutefois les parents du malade, le malade lui-même, et ces deux nouveaux médecins, insistent beaucoup pour que l'opération soit tentée. En attendant, ceux-ci ordonnent des pilules d'extrait d'opium et la continuation du même régime.

64e. Quoique la diarrhée soit colliquative, et les sueurs nocturnes très-abondantes ; quoique la cuisse soit œdémateuse jusqu'au pli de l'aine, et que la carie s'étende tellement sur le corps du fémur, qu'on sera obligé d'amputer la cuisse presqu'à son tiers supérieur ; malgré, enfin, que l'opération n'offre aucune chance de succès, on décide qu'elle aura lieu le lendemain ; et mon père en est chargé.

65e. L'amputation est pratiquée à la réunion du tiers moyen avec le tiers supérieur de la cuisse, et suivant le procédé ordinaire en trois temps. Le malade perd 6 à 7 onces de sang ; on lie l'artère fémorale et trois autres petites artérioles ; on panse la plaie par la méthode ordinaire.

L'examen pathologique du membre amputé nous a fait connaître que les extrémités articulaires du tibia et du fémur, les ligaments croisés, la capsule articulaire et les cartilages étaient presque entièrement détruits ou dégénérés. La cavité articulaire était remplie par une matière pultacée très-fétide ; le fémur était carié en plusieurs endroits et sa moelle dégénérée ; celle-ci était d'ailleurs plus jaune et plus molle que d'ordinaire.

66e. Le malade a passé une nuit assez tranquille ; la diarrhée a cessé ; le pouls s'est relevé ; la toux est moins fréquente. (Un peu de bouillon léger ; potion gommeuse avec une once de sirop de pavot, ordonnée par les médecins consultants.)

Du 67e au 69e. Le mieux se soutient. (Même traitement.)

70e. On panse pour la première fois le moignon. Les linges sont imbibés d'une matière purulente claire et fétide ; les lèvres de la plaie sont pâles et séparées ; le moignon est *aminci*. On renouvelle le même pansement. (Même traitement.)

71e. La toux est plus forte et toujours sèche ; la respiration plus difficile ; la fièvre ardente ; inquiétude extraordinaire ; insomnie ; suppuration abondante et fétide par le moignon. (Quelques bouillons ; deux pilules d'extrait d'opium.)

Du 72e au 74e. Même état. (Même traitement.)

75e. La toux a cessé ; la respiration est stertoreuse ; sueurs et extrémités froides ; pouls imperceptible. — Mort, le soir.

Autopsie. Trois gros tubercules ramollis dans le poumon droit ; plusieurs autres petits tubercules épars sur tous les lobes de ce même poumon ; on trouva, en outre, beaucoup de liquide aqueux et purulent épanché dans la cavité thorachique. La plèvre est fortement adhérente sur plusieurs points de la surface pulmonaire droite. Le cœur est dans son état normal ainsi que le tube digestif et tous les autres viscères. Cependant les glandes mésentériques sont engorgées, et quelques-unes renferment du pus.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Un fermier âgé de soixante et un ans, et de tempérament sanguin, avait eu, dans son enfance, quelques tumeurs glandulaires au cou, qui disparurent lorsqu'il eut atteint l'âge de puberté, et sous l'influence des bains de mer souvent répétés. Il avait encore souffert, à plusieurs reprises, de douleurs rhumatismales, qui semblèrent céder à l'emploi des saignées et des bains minéraux. Parvenu à l'âge de 45 ans, cet homme fit une chute sur le genou droit ; l'articulation se gonfla, et il dut garder le lit pendant plusieurs semaines. On pratiqua quelques saignées générales, et on appliqua des cataplasmes émollients sur la tumeur. L'enflure du genou et les douleurs surtout ayant augmenté, le malade crut avoir encore affaire à son ancienne affection rhumatismale, et se fit porter aux eaux minérales. Les douleurs diminuèrent un peu, mais le gonflement à l'articulation tibio-fémorale droite persistait toujours. Le malade se soumit à plusieurs traitements sans en obtenir aucun soulagement. Plusieurs abcès se formèrent et s'ouvrirent autour de l'articulation malade, et depuis trois ans ce pauvre homme ne pouvait quitter son lit, lorsque nous l'avons visité pour la première fois.

Nous trouvâmes le genou très-enflé ; plusieurs cicatrices profondes couvraient la surface de l'articulation ; quelques-unes provenaient des abcès déjà cicatrisés, et les autres des moxas qui avaient été appliqués. Trois fistules, dont deux pénétrantes, existaient à la partie interne du genou ; deux autres se trouvaient sur la partie externe de la cuisse ; on put se convaincre, après avoir sondé ces dernières, que le fémur était carié ; il en sortait d'ailleurs beaucoup de matière sanieuse. La rotule était immobile, la jambe étendue et l'articulation ankylosée. Le malade éprouvait des douleurs tellement aiguës dans l'intérieur du genou, que le sommeil lui était impossible autant le jour que la nuit ; ces douleurs étaient encore augmentées par le moindre mouvement de la jambe. Maigreur extrême, fièvre lente, un peu de diarrhée. Les organes de la poitrine et de l'abdomen ne présentaient aucun symptôme morbide. La cuisse, au-dessus des fistules, était amincie et molle ; la jambe et le pied étaient œdématiés, les glandes du pli de l'aine un peu engorgées.

L'amputation du membre était ici le seul moyen qui offrît quelque chance de guérison ; mais mon père n'avait pas le courage de la proposer, vu l'ancienneté de la maladie et l'âge avancé du malade. Toutefois les souffrances étaient déjà parvenues à un degré tel, que ce fut le malade lui-même qui demanda l'opération, *car*, suivant ses propres expressions, *il n'avait plus la force de souffrir*. On pratiqua donc l'amputation circulaire au tiers supérieur de la cuisse, et le malade la supporta avec le plus grand courage ; on lia l'artère fémorale et deux latérales très-petites ; la plaie fut pansée comme d'ordinaire, etc. Le malade perdit très-peu de sang et jouit, après l'opération, de quelques heures de repos ; ce qui ne lui était pas arrivé de-

puis longtemps. On le mit au régime, sans lui prescrire aucune potion opiacée.

Autopsie du membre amputé. L'articulation, très-enflée, était recouverte par des téguments endurcis et épais; le ligament capsulaire était tellement désorganisé, qu'on ne pouvait en suivre les traces; plusieurs abcès tuberculeux existaient au dedans de l'articulation; les deux fistules inférieures arrivaient jusqu'à la tête du tibia, convertie en une substance presque charnue; une des fistules supérieures terminait au condyle externe du fémur déjà carié. Les autres conduits fistuleux s'arrêtaient à la surface du corps du fémur; un d'eux seulement pénétrait dans le canal médullaire; la moelle de l'os était à moitié détruite. On trouva très-peu de matière purulente dans l'articulation. Les extrémités osseuses avaient fort peu augmenté de volume; la tumeur était, en grande partie, formée par l'épaississement de la peau, du tissu cellulaire, des bourses synoviales et surtout du ligament capsulaire. Les ligaments croisés étaient en partie détruits, et leurs fragments se réunissaient en une seule masse informe avec les parties voisines. La rotule ne formait qu'un seul corps avec le tendon rotulien et son aponévrose, et avait contracté des adhérences avec les parties sous-jacentes désorganisées.

Du 1er *au* 5e *jour après l'amputation.* Calme parfait, sommeil tranquille, appétit, point de fièvre ni de diarrhée. Léger suintement du moignon; pansement ordinaire. Un bouillon, matin et soir.

Du 6e au 8e. Jusqu'au 7e jour, le malade s'est trouvé bien; la suppuration était peu abondante et de bonne qualité; mais, dans la nuit, il a été atteint soudainement par une fièvre ardente, avec des douleurs aiguës à la tête, suivies bientôt par un délire furieux. Le lendemain matin, malgré l'avis de plusieurs médecins qui avaient été appelés, pendant la nuit, auprès du malade, et qui le jugèrent atteint d'une *affection nerveuse asthénique*, mon père fit pratiquer une saignée de quatre palettes. Cette pratique surprit beaucoup les autres confrères, qui avaient prescrit du vin, de l'opium et du quinquina, substances dont le malade, fort heureusement, n'avait point encore fait usage. Toutefois, on pouvait se convaincre aisément qu'il s'agissait d'une inflammation cérébrale bien caractérisée; et l'état de faiblesse dans lequel se trouvait le malade avant l'amputation ne devait point en imposer après que l'opération avait été pratiquée. En effet, après l'ablation d'un des membres abdominaux, qu'on peut considérer presque comme le quart de la totalité du corps, il est évident que la même quantité de sang ou principe nutritif, venant se distribuer aux trois quarts seulement des parties qu'elle vivifiait auparavant, doit souvent y déterminer des congestions dans les principaux viscères. (Diète rigoureuse; limonade.)

8e *à midi.* Le délire et les douleurs de tête ont un peu diminué; la fièvre est toujours ardente, le pouls très-dur et plein; le sang couenneux. (Une saignée de quatre palettes; limonade.)

8e *dans la soirée.* Le délire a cessé; la céphalalgie est très-légère; la fièvre persiste toujours; le pouls est toujours plein et dur; le sang couenneux. (Une saignée de trois palettes; limonade.)

9e *jour.* Le malade a passé une nuit tranquille. Le délire et la céphalalgie ont complétement cessé; peu de fièvre; pouls mou; le sang est moins couenneux. La suppuration du moignon est très-peu de chose et de bonne nature. (Limonade.)

9e *au soir.* Même état; cependant la fièvre est plus forte, le pouls plus dur et plein. (Une saignée de trois palettes; limonade.)

Du 10e *au* 12e *jour.* Le sang n'est point couenneux; l'irritation cérébrale a disparu. Les deux ligatures des artères latérales sont tombées; la cicatrice avance; apyrexie; appétit. (Deux bouillons.)

Du 13e au 20e. Le malade se trouve bien et désire manger. La dernière ligature est tombée. (Deux soupes et des légumes.)

Du 21e au 25e. Le moignon est entièrement cicatrisé. On est forcé de contenter le vif désir du malade, qui veut absolument un régime plus succulent et un peu de vin.

Du 26e au 28e. Il est bien. (Même régime.)

29e. Douleurs violentes et tension au ventre; envies de vomir; soif; fièvre ardente. (Quarante sangsues à l'abdomen; cataplasmes émollients, lavements, limonade.)

29e *au soir.* Il y a une légère amélioration, mais le ventre est toujours ballonné; la constipation opiniâtre et la fièvre continue. (3 onces d'huile de ricin; limonade.)

30e. Plusieurs selles copieuses; ventre souple; apyrexie. (Lavements; limonade.)

Du 31e au 35e. De jour en jour le malade se rétablit, et désire surtout qu'on lui donne un peu plus à manger. (Quelques soupes légères; des légumes; point de vin ni de viande; on lui recommande de suivre autant que possible un régime végétal, de faire usage des lavements, et de se faire pratiquer une saignée toutes les fois qu'il se sentira la tête lourde, et, à plus forte raison, lorsqu'il souffrira de violentes céphalalgies.)

Du 36e au 43e. Dans ce court intervalle, et d'après la recommandation qu'on lui avait faite, il a jugé convenable de se faire saigner une fois. Du reste, il se porte très-bien, et on lui a déjà préparé la jambe artificielle.

Quelques mois après l'amputation, nous avons encore revu ce fermier, qui jouissait d'une santé parfaite, et, malgré son âge si avancé, il se servait de sa jambe artificielle avec la plus grande facilité. Il nous assura qu'il ne suivait qu'un régime

végétal ; toutefois, il était encore obligé de se soumettre de temps à autre à des évacuations sanguines.

REMARQUES SUR LES OBSERVATIONS 3, 4, 5, 6 ET 7.

Le malade de la 3e observation a éprouvé, au 41e jour du traitement, des symptômes bien prononcés d'intolérance pour le muriate de baryte; mais cet excès d'action du médicament a été aussi passager que la cause qui l'avait provoqué. Le bain tiède, que le malade avait pris la veille, ayant momentanément et brusquement baissé la diathèse, la capacité de tolérer, comme auparavant, 2 gros de muriate avait diminué, et de là ces symptômes d'intolérance qui nous obligèrent à diminuer la dose du remède. Nous avons observé le même phénomène chez le malade de la 1re observation après la saignée, et chez la malade de la 2e, après avoir pris, en peu de temps, une trop forte dose de muriate. Mais, dans tous les cas, la cause de cette intolérance ayant promptement cessé, nous avons vu les malades pouvoir reprendre les hautes doses de médicament auxquelles ils étaient déjà parvenus.

Au 61e jour du traitement du malade de la 3e observation, on a voulu porter la dose du muriate de baryte à 2 gros et demi; et les symptômes d'intolérance s'étant présentés sans cause connue, on a dû les attribuer à la dose du remède qui dépassait sans doute la capacité morbide du malade. On est donc revenu à la première dose, que nous avons dû diminuer ensuite, suivant la diminution progressive de cette même capacité à tolérer le remède : ce qui arrive, au reste, toutes les fois qu'on approche d'une guérison complète.

Le même malade nous offre encore une remarque qui est digne d'attention. Il a toléré 2 gros de muriate de baryte jusqu'à la fin presque du traitement, et nous n'avons pas vu cette diminution progressive de tolérance qu'on observe, lorsque la maladie diminue sensiblement, et, pour ainsi dire, de jour en jour. Cependant ce fait ne doit point étonner, si l'on réfléchit à ce que le malade, tourmenté par une faim vorace, a beaucoup augmenté sa nourriture ; et ce régime plus nutritif, devant nécessairement accroître la diathèse de stimulus, augmentait en même temps la capacité à tolérer le remède. Puisque des causes contre-stimulantes, telles que la saignée, les bains, etc., en diminuant brusquement la diathèse de stimulus, diminuent la capacité à tolérer la dose ordinaire du médicament, il est évident que des causes stimulantes, en augmentant la diathèse de stimulus, doivent augmenter aussi la capacité à tolérer le remède.

La malade de la 4e observation a présenté, au 67e jour du traitement, de très-forts symptômes d'intolérance; et, en l'absence de toute autre cause connue, nous avons dû les attribuer à la dose du muriate, supérieure à sa capacité morbide. Peu de jours après, en effet, la malade a pu encore tolérer, et pendant longtemps, les 3 scrupules de muriate qu'elle prenait avant d'en avoir porté la dose à 4. Lorsque la capacité morbide a commencé à diminuer, sous l'influence du muriate de baryte qui en détruisait chaque jour une certaine quantité, nous avons vu paraître des symptômes d'intolérance qui nous ont obligés à diminuer progressivement la dose du remède, et le suspendre enfin, lorsque la diathèse de stimulus a été entièrement détruite.

La malade de la 5e observation, parvenue au 76e jour du traitement, a été empoisonnée par le muriate, parce qu'elle en avait pris, en peu d'heures, une très-haute dose; c'est ce qui arriva aussi à la malade de la 2e observation. On a eu recours de suite aux remèdes stimulants les plus énergiques. En revenant à l'usage du muriate de baryte, nous avons dû l'administrer en pastilles, attendu que la malade avait tant de répugnance pour la potion, qu'il lui suffisait de l'approcher de la bouche pour éprouver déjà de fortes nausées, accompagnées même de vomissement.

Il arrive souvent aux personnes malades ce qui a lieu pour ceux qui jouissent d'une bonne santé : si des remèdes ou des aliments ont provoqué le vomissement, on a la plus grande répugnance à les prendre de nouveau. Le médecin aurait grand tort s'il persistait, dans ce cas, à administrer le même remède, ou s'il en déduisait que la capacité morbide est entièrement détruite. On doit alors suspendre le remède, ou l'administrer sous une autre forme et à l'insu du malade, ou en substituer un autre d'une action analogue. La malade de la cinquième observation prit le muriate de baryte en pastilles autant qu'il y eut de la capacité à le tolérer : ce qu'elle n'aurait pu faire si nous avions persisté à le lui administrer en potion; et dès que la diathèse a été entièrement détruite, cette malade n'a pu tolérer le médicament, pas même en pastilles.

Le malade de la sixième observation offre quelques considérations très-importantes. Nous avons ici une maladie très-grave, à *beaucoup de symptômes et à peu de diathèse*, que le muriate de baryte ni toute autre médication ne pouvaient guérir. La plupart des symptômes étaient produits par des lésions organiques profondes et indestructibles, soit aux poumons, soit au genou, contre lesquelles notre art n'a aucun empire ; mais il y avait aussi un peu de diathèse de stimulus qui accompagne toujours les maladies dites organiques, et qui, dans ce cas-ci, était soutenue et augmentée par le régime échauffant que le malade suivait, et surtout par l'opium dont il faisait usage. Nous ne devons donc pas nous étonner si le malade a pu tolérer le muriate de baryte au commencement du traitement, et s'il y a eu quelque amélioration

pans son état. En détruisant, par le muriate de baryte, le peu de diathèse du stimulus existant, la maladie devait nécessairement diminuer d'intensité; mais comme ce remède ne peut point détruire les lésions organiques, la maladie devait suivre son cours fâcheux. Pour les mêmes raisons, l'amputation était contre-indiquée, et en la pratiquant on devait s'attendre à accélérer la mort du malade.

Quoique la septième observation n'ait aucun rapport à notre but principal, nous l'avons réunie aux précédentes, pour démontrer que, lorsque la tumeur blanche est une affection locale sans diathèse et n'est accompagnée d'aucune lésion organique de quelque organe essentiel à la vie, l'amputation est le seul moyen curatif qu'on puisse tenter, même chez les vieillards.

Cette observation est encore utile sous le rapport du traitement consécutif énergique qu'on a employé. Vu l'âge avancé du malade, je ne crains pas de dire que peu de praticiens, peut-être, auraient eu le courage de répéter si souvent les évacuations sanguines; et cependant c'était le seul moyen d'éviter une terminaison funeste.

Généralement parlant, j'ai observé que ceux qui suivent la doctrine rasorienne sont fort heureux dans les résultats des grandes opérations qu'ils pratiquent, et peut-être doit-on bien moins l'attribuer à leur adresse qu'au traitement consécutif employé. Les nombreuses substances contre-stimulantes dont ils savent se servir leur assurent de nombreux succès; et, à mon avis, une condition non moins heureuse pour ses résultats est la conviction profonde qu'a l'école rasorienne de l'action stimulante de l'opium. *L'assoupissement plus ou moins prolongé* qui suit immédiatement, et dans la plupart des cas, l'emploi de cette substance peut en imposer un instant sur sa véritable action; mais qu'on multiplie les expériences et les observations pathologiques faites même sur des animaux d'une classe inférieure, et les nombreuses congestions qu'on trouvera dans le centre nerveux prouveront suffisamment la manière d'agir des préparations opiacées. Je n'ai jamais vu mon père administrer l'opium après les grandes opérations, à moins qu'il n'y eût, chose très-rare, une hémorrhagie *vraiment passive;* il cherche, par contre, à détruire l'inflammation ou à la prévenir même par des saignées, des remèdes contre-stimulants et un régime sévère.

Je terminerai ici ce que j'avais à dire sur l'emploi du muriate de baryte à haute dose; et je ne doute pas qu'en suivant les principes que nous avons établis on ne parvienne à des résultats aussi heureux que ceux que nous avons obtenus. Je répéterai seulement que, pour obtenir de bons effets de ce médicament, comme de tout autre remède héroïque, il faut s'en servir avec persévérance et discernement; et avant de le suspendre ou d'en diminuer la dose, à la suite de quelques symptômes d'intolérance, il est nécessaire de bien s'assurer si ces mêmes symptômes ne sont pas déterminés par une cause tout à fait indépendante du médicament lui-même, ainsi que cela est arrivé dans quelques-uns des cas dont nous venons de tracer l'histoire.

On aurait tort de croire que les rasoriens changent le traitement d'une maladie aussitôt que leur malade manifeste quelque signe d'intolérance. Ils choisissent d'abord un médicament dont les signes d'intolérance ne puissent être confondus avec les symptômes de la maladie; ils suivent avec soin le cours de l'affection; ils tâchent de bien déterminer si les lésions qu'on observe sont simplement *fonctionnelles* ou *organiques;* ils prêtent enfin une grande attention à l'état et aux changements qui surviennent dans le pouls, à l'âge, au tempérament, etc. Et de même que, pour obtenir un bon diagnostic, il faut le baser, non pas sur un seul symptôme, mais sur l'*ensemble* des phénomènes morbides que l'on observe, même, pour les rasoriens, il n'y a jamais *tolérance* ou *intolérance,* d'après quelques phénomènes qu'un remède pourra produire momentanément, et dont la cause ne peut pas toujours être connue, mais d'après les effets généraux qu'il détermine dans toute l'économie.

C'est par conséquent à tort que l'on croit la doctrine de Rasori très-facile à être mise en pratique. Elle exige une induction continuelle; et si, parfois, ses principes ont paru faux à ceux qui ont tenté des expériences, ce n'est pas à Rasori qu'on doit adresser des reproches; ce n'est pas la faute de l'instrument que son génie a su nous fournir, mais bien plutôt celle de l'artiste maladroit qui ne sait ni le manier ni s'en servir.

APPENDICE.

LEÇON DE M. LISFRANC SUR L'EMPLOI DU MURIATE DE BARYTE CONTRE LES TUMEURS BLANCHES (1).

Il y a fort longtemps que le muriate de baryte avait été conseillé contre les scrofules. Dans les ouvrages de matière médicale, on a établi que ce médicament ne devait être donné qu'à une dose extrêmement faible. C'est à M. Pirondi que l'on doit des idées plus exactes sur ce médicament et sur son efficacité. Ce praticien, dont les recherches ont été consignées dans la thèse de son fils, et dans la *Gazette médicale de Paris de* 1834, a expérimenté ce médicament et l'a porté graduellement à une dose si élevée, qu'elle paraît effrayante, c'est-à-dire jusqu'à 2 gros dans 4 onces d'eau distillée, pris en vingt-quatre heures. Nous avons répété ces essais, et voici le résultat de nos expériences :

On fait dissoudre 6 grains du médicament dans 4 onces d'eau distillée ; toutes les heures, le malade prend une cuillerée à bouche de cette solution, excepté une heure avant et deux heures après le repas. Chose remarquable, il faut que le malade, pour supporter le médicament, s'abstienne de boire du vin et de manger de la viande, et soit soumis à l'eau pure et à une alimentation végétale. Au bout de huit jours, à moins qu'il ne survienne des accidents notables, on porte la dose à 12 grains pour la même quantité d'eau distillée, et ainsi de suite, on va graduellement. Quelques précautions sont indispensables pour assurer l'effet du médicament et pour prévenir quelques accidents; ainsi l'on recommande au malade de ne pas exposer la bouteille qui contient cette solution à l'action du soleil, parce que, sous cette influence, il se forme un précipité qui rend les dernières cuillerées beaucoup plus concentrées que les premières; et, pour éviter plus sûrement encore cet inconvénient, le malade devra agiter la bouteille avant de prendre chaque cuillerée de la solution.

Le médicament cause quelquefois des douleurs assez légères vers l'estomac, ou bien une simple pesanteur; s'il n'y a pas d'autres accidents, on continue, et ordinairement l'estomac s'habitue, les douleurs s'évanouissent. Si, au contraire, des nausées, des vomissements et autres signes d'irritation gastrique surviennent, si même quelques légers symptômes d'empoisonnement se manifestent, il faut suspendre le médicament pendant quelques jours, y revenir ensuite avec plus de précautions et augmenter plus lentement les doses. Mais il faut faire état ici de l'influence des climats, si justement signalée par Hippocrate, dans son Traité sur les eaux, l'air et les lieux. En effet, tandis qu'à Marseille le muriate de baryte a pu être porté à la dose de 2 gros, nous n'avons pas pu, à Paris, dépasser celle de 48 grains, et souvent nous n'avons pu l'atteindre. Interrogez les malades des numéros 14 et 26 de la salle Saint-Augustin, et vous verrez qu'elles ont éprouvé quelques symptômes d'empoisonnement, légers, il est vrai, la première à la dose de 48, la seconde à la dose de 26 grains. Ces accidents, ayant été combattus avec peu de succès par le vin sucré, conseillé par M. Pirondi, ont été bientôt dissipés par l'emploi du blanc d'œuf. Dans ce moment, nous expérimentons le mercure en frictions sur la plupart de nos malades, et un petit nombre d'entre eux est soumis au muriate de baryte : voici cependant les résultats que nous avons constatés tout récemment, et qu'il est bon de reproduire en détail pour mieux fixer les idées des praticiens.

Un malade du n° 8 de le salle Saint-Louis porte une tumeur blanche au coude ; la dose qu'il prend n'est encore que de 12 grains ; cependant le volume de la tumeur est diminué d'un demi-pouce à sa partie supérieure ; au milieu et en bas, la diminution est nulle. Le malade du n° 18, même salle Saint-Louis, porte deux tumeurs blanches, une à chaque coude, et prend maintenant 24 grains du médicament. Le volume de la tumeur, du côté droit, n'a pas changé en haut; il a diminué de deux lignes au milieu et de deux lignes également en bas. Du côté gauche, il y a une diminution de volume d'un demi-pouce en haut, d'un demi-pouce au milieu et d'un tiers de pouce en bas. Ces deux malades sont assez manifestement scrofuleux.

La malade du n° 14, salle Saint-Augustin, porte une tumeur blanche du genou ; elle prend actuellement 36 grains ; depuis la dernière fois qu'on a

(1) *Gazette médicale de Paris,* 1836, page 215.

pris les mesures, la tumeur a diminué d'un pouce et demi en haut, d'autant au milieu et d'un pouce en bas. Cette malade a une constitution légèrement scrofuleuse.

La malade du n° 26, même salle, n'est pas scrofuleuse ; elle porte aussi une tumeur blanche du genou, et prend maintenant 26 grains de muriate de baryte par jour. La tumeur, depuis les dernières, a diminué d'un pouce et quart en haut, d'un pouce et demi au milieu, d'un pouce enfin à la partie inférieure. Tous les résultats que nous venons d'indiquer ont été obtenus en quinze jours.

Chez les malades nombreux que nous avons soumis à cette méthode dans le cours de l'été dernier, nous avons obtenu des effets analogues; et voici, en définitive, les conclusions auxquelles nous sommes arrivés aujourd'hui.

1°. En général, la tumeur blanche a été beaucoup amendée; la guérison a été quelquefois obtenue.

2°. Les succès ont été plus marqués chez les malades scrofuleux ; résultat déjà démontré par M. Pirondi.

3°. Dans des cas assez rares, le muriate de baryte seul a obtenu la guérison.

4°. Au bout d'un certain temps, l'état de la maladie étant devenu plus stationnaire, il a fallu revenir à une autre méthode. Plus tard, le muriate de baryte, employé de nouveau sur le même sujet, a produit d'excellents effets.

5°. La méthode peut réussir contre les tumeurs blanches à l'état aigu et à l'état chronique.

6°. Jamais des accidents graves n'ont eu lieu par l'emploi du médicament : les accidents légers que nous avons observés ont toujours cédé très-facilement et très-promptement aux moyens simples que nous venons d'indiquer.

7°. Un effet non pas constant, mais assez fréquent, a été le ralentissement de la circulation ; plusieurs malades offrant dans l'état ordinaire 60 à 80 pulsations n'en ont présenté que 40 à 50, et même 25 sous l'influence du médicament.

8°. Nous avons vu, dans certaines circonstances, le médicament, continué pendant un mois à la dose de 12 grains, produire autant d'amendement que si, comme chez d'autres malades, la dose du muriate de baryte avait été graduellement augmentée.

9°. N'omettons pas de faire remarquer que les accidents légers éprouvés par nos malades se sont fait observer le plus ordinairement lorsque le muriate de baryte, employé déjà à une dose assez élevée, produisait les effets les plus avantageux sur la maladie, et en avait presque amené la guérison.

10°. Nous avons souvent associé au muriate de baryte la compression ou les évacuations sanguines locales, par exemple ; et souvent aussi de la combinaison de ces moyens ont résulté des effets extraordinairement avantageux.

TRAITÉ PRATIQUE

DE

LA SYPHILIS

PAR

LE BARON **PHILIPPE BOYER**,

Chirurgien de la Maison royale de Santé de Paris, ancien Chirurgien de la Faculté de Médecine de Paris, Chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.

CET OUVRAGE EST DIVISÉ EN TROIS PARTIES.

La première partie traite de la syphilis en général et de la syphilis primitive.
La deuxième partie comprend la syphilis consécutive et la syphilis congéniale.
La troisième partie renferme le traitement.

L'OUVRAGE que je publie est le produit de mes observations. J'aurais pu, en m'aidant des écrits que la science possède sur les maladies syphilitiques, faire un traité théorique et pratique de ces maladies; mais j'ai pensé que je ne rendrais pas à l'art médical le même service qu'en mettant au jour ce que j'ai vu. Tout ce que j'avance, je l'ai observé chez un grand nombre d'individus : j'ai comparé les cas semblables, et j'ai pu apprécier leurs différences. J'ai indiqué les observations qui sont uniques, et quand, pour compléter mon cadre nosologique, j'ai cru devoir citer quelque passage d'un écrivain, je l'ai noté. Plusieurs points de ma doctrine sont en contradiction avec les opinions généralement admises : si des faits journaliers ne m'avaient porté à rejeter ces opinions, je les aurais conservées. J'ai cherché à m'éclairer en observant sans idées préconçues, et j'y suis parvenu. Que ceux qui voudront me juger fassent comme moi, qu'ils observent sans prévention. Je me trouve en opposition avec des personnes que j'honore et que je révère, et dont quelques-unes ont été mes maîtres: c'est de leur jugement que j'attends toute justice, parce que la supériorité de leurs talents et de leurs sentiments sera pour moi un sûr garant de leur impartialité.

TRAITÉ PRATIQUE

DE

LA SYPHILIS.

PREMIÈRE PARTIE.

—

DE LA SYPHILIS EN GÉNÉRAL.

—

La syphilis est une maladie contagieuse dont l'agent a reçu le nom de *virus syphilitique*;

Elle se transmet par contact, par inoculation ou par génération ;

La transmission par contact ou inoculation se manifeste par deux symptômes locaux qui peuvent exister ensemble ou séparément ;

Leur apparition indique l'introduction du virus syphilitique dans l'économie animale, et la nécessité d'avoir recours à des moyens thérapeutiques pour neutraliser son action.

Lorsque l'on n'a pas employé ces moyens, la présence du virus syphilitique dans l'économie animale se manifeste à une époque plus ou moins éloignée de son introduction par des symptômes généraux et locaux très-variés.

La transmission du virus syphilitique par génération se manifeste par des symptômes généraux ou locaux semblables à ceux que fait naître sa présence dans l'économie animale après la transmission par contact ou inoculation.

Je vais examiner successivement chacune de ces questions.

Depuis que la syphilis est connue, on n'a jamais douté qu'elle fût une maladie contagieuse ; on n'a différé que sur le mode de transmission de la contagion. Dans le principe on a cru que le contact immédiat n'était pas nécessaire, que l'air pouvait la transmettre, et qu'il suffisait de cohabiter et même de parler de très-près avec un individu attaqué de syphilis pour la gagner. Plus tard, on est revenu de cette idée, et on a pensé que le contact immédiat était de toute nécessité, et qu'en couchant avec un individu affecté de symptômes syphilitiques à la peau, on gagnait la maladie. Aujourd'hui on sait qu'il n'en est pas ainsi, et qu'il faut le contact immédiat de certaines parties pour que la contagion ait lieu ; mais je crois qu'il y a encore sur ce sujet quelques points d'obscurité que je tâcherai d'éclaircir plus bas.

L'agent de la contagion de la syphilis, le virus syphilitique avait été admis généralement jusque dans ces derniers temps, où des pathologistes ont pensé et écrit que l'on pouvait rapporter les accidents produits par la syphilis à l'inflammation des parties malades, suite de l'irritation occasionnée par le rapprochement des sexes ; que le virus syphilitique était une chimère; et que le mercure employé comme remède spécifique de cette maladie était plus propre à faire naître les accidents qu'à les combattre. Si les principes morbifiques, que nous appelons virus, tombaient sous nos sens, il serait facile d'en donner une définition, de dire ce qu'ils sont, d'établir en quoi ils diffèrent des autres maladies ou en quoi ils leur ressemblent : mais nous ne le pouvons pour aucun d'eux, pas plus pour le virus syphilitique que pour celui de la rage, de la variole, du vaccin. Et c'est de là que vient le grand argument de ces pathologistes : Vous ne pouvez montrer le virus syphilitique, donc il n'existe pas. Ils n'ont pas remarqué qu'en substituant l'inflammation au virus syphilitique, ils prenaient un inconnu pour un autre inconnu. Car l'inflammation est un effet, et non une cause. Elle est un effet de l'irritation. Or quelle est donc l'irritation qui précède le développement des premiers

symptômes de la transmission de la syphilis. Qu'on la trouve dans un coït répété quatre, six, huit, dix ou quinze fois en moins de vingt-quatre heures, s'il est suivi de l'apparition de ces symptômes, je suis tout à fait de l'avis des pathologistes antisyphilitiques ; mais on ne peut admettre une irritation dans un coït accompli une fois, ou dans l'application des lèvres malades sur des lèvres saines. Il faut donc qu'il y ait dans ces derniers cas, un principe autre qu'une irritation mécanique. Eh bien ! c'est ce principe actif, ce principe malfaisant que j'appelle avec la presque totalité des pathologistes, *virus*. Si je connaissais sa nature, je pourrais lui donner un autre nom ; mais comme je ne la connais pas, je lui conserve le nom de virus qu'il a dans la science ; et comme ce principe, ce virus a la propriété de faire naître dans des circonstances semblables, des maladies dont le développement, la marche et les conséquences sont toujours les mêmes, dont les différences sont des variétés dans les genres et non dans la famille, maladies que l'on désigne sous le nom de syphilitiques, je le nomme *virus syphilitique*.

La transmission par contact ne peut avoir lieu qu'avec les parties du corps qui sont en rapport avec l'air, par conséquent, seulement avec le système cutané externe ou peau, et avec le système cutané interne ou membranes muqueuses. Toutes les parties de ces deux systèmes ne sont pas également aptes à recevoir la contagion ; quelques portions seules jouissent de ce triste privilége. Je les indiquerai en parlant des symptômes de la transmission de la syphilis. Le contact doit être immédiat.

La transmission par inoculation peut avoir lieu dans toutes les parties du corps. Il faut pour cela que le virus syphilitique soit introduit dans l'épaisseur du système cutané, soit externe soit interne.

Les symptômes locaux, qui annoncent la transmission de la syphilis par contact ou par inoculation sont : 1° L'inflammation des membranes muqueuses de l'urèthre et du vagin ; 2° les ulcères de la peau. Le plus ordinairement ils existent isolément, quelquefois ils apparaissent ensemble. On leur a donné le nom de symptômes primitifs.

Leur apparition indique l'introduction du virus syphilitique dans l'économie animale. Jamais elle n'a lieu sans qu'ils se déclarent. Jamais ils ne se déclarent sans qu'elle ait lieu. On a pensé et écrit que la contagion de la syphilis pouvait se faire sans leur apparition. C'est une grande erreur qu'on doit complétement rejeter.

L'apparition de ces symptômes indique la nécessité d'avoir recours à des moyens thérapeutiques pour neutraliser l'action du virus syphilitique : lorsqu'on ne les a pas employés, la présence de ce virus dans l'économie animale se manifeste à une époque plus ou moins éloignée de son introduction par des symptômes généraux et locaux très-variés. L'expérience a prouvé depuis plusieurs siècles, que lorsque les symptômes de la syphilis ont paru chez un individu et qu'on n'a pas combattu par une médication convenable l'action du virus syphilitique, il survient à une époque indéterminée d'autres symptômes locaux ou généraux qui ont un caractère particulier, et auxquels on a donné le nom de symptômes consécutifs, pour les distinguer des symptômes primitifs. Depuis le commencement de ce siècle, on a cherché à rapporter les symptômes tant primitifs que consécutifs à l'inflammation et on les a traités seulement par les antiphlogistiques. On est toujours parvenu à guérir les premiers : quant aux seconds, il n'en a pas été de même ; on a guéri des maladies analogues aux maladies syphilitiques consécutives, et on en a conclu que l'on pouvait également guérir ces maladies. Une erreur de diagnostic a mené à une erreur de traitement. On a écrit sur ce sujet, et on s'est étayé sur des expériences. Mais moi aussi, j'ai fait des expériences, et elles n'ont pas été d'accord avec celles des écrivains. Je dirai plus, j'ai guéri par une médication convenable, par une médication spécifique comme la cause de la maladie, des individus infectés de syphilis, et victimes de la méthode antiphlogistique. J'ai fait moi-même des victimes, en suivant la thérapeutique erronée des écrivains ; mais il fallait bien faire comme eux, pour prouver qu'ils avaient tort. Je ne rapporte pas ici les observations, elles trouveront leur place plus loin. Il est donc absolument nécessaire de faire aux malades un traitement particulier pour empêcher les symptômes consécutifs d'apparaître un jour. Les symptômes primitifs peuvent guérir sans ce traitement ; ils peuvent guérir aussi vite dans quelques cas ; mais ils disparaissent moins vite dans d'autres. Lorsqu'on se contente de la méthode antiphlogistique, on voit souvent les symptômes consécutifs paraître pendant l'existence des symptômes primitifs. Tout en admettant une médication spécifique, je suis bien loin de croire qu'elle ne doive pas être basée sur des règles fixes ; car je pense qu'il y a autant d'inconvénients à la mal administrer, qu'il y a d'avantages à la bien employer. Nous ne pouvons pas, en thérapeutique, juger *à priori* de la dose de médicament convenable à chaque individu : ce n'est que par des essais très-multipliés que nous arrivons à fixer quelle quantité d'un médicament convient pour contrebalancer, ou détruire la cause de la maladie, et lorsque nous le savons, il faut encore chercher le meilleur mode d'administration. Ces deux points de thérapeutique n'ont pas été, je crois, suffisamment étudiés pour le médicament spécifique de la syphilis, et c'est du mauvais emploi de ce médicament, tant sous le rapport de la dose que sous celui du mode d'administration, qu'est venue la défaveur qu'on a jetée sur lui. Loin de moi l'idée de prétendre qu'on ne l'a jamais employé convenablement. Un grand nombre de praticiens ont retiré de

son usage des avantages réels : mais un plus grand nombre encore ne sachant pas le manier, non-seulement n'en ont pas obtenu de bons effets, mais bien plus ont trouvé dans son administration des inconvénients. Pénétré de ces idées, éclairé par les conseils de mon père dont le jugement a toujours trouvé des admirateurs, je suis parvenu par des essais réitérés à retirer de ce médicament spécifique des succès auxquels je ne m'attendais pas, et qui sont la preuve que la syphilis, maladie dépendante d'une cause spécifique, a besoin d'un médicament spécifique pour que le principe qui l'occasionne, soit détruit dans l'économie animale.

La génération transmet la syphilis de plusieurs manières. Le père seul, ou la mère seule peut être malade au moment de la conception ; le père et la mère peuvent être malades tous deux à ce moment. La mère peut devenir malade pendant la grossesse. Ils peuvent avoir des symptômes primitifs, ou des symptômes consécutifs. Il n'y a aucun doute sur ce mode de transmission dans ces circonstances. Mais quand il n'y a aucun symptôme apparent ; quand le virus syphilitique existant dans l'économie est inactif, le père ou la mère peuvent-ils transmettre la syphilis? Je ne le pense pas. Ils peuvent donner le jour à des enfants faibles, et d'une mauvaise constitution : mais ils ne peuvent donner le jour à des enfants qui portent des signes apparents d'une syphilis constitutionnelle, parce que je ne crois pas qu'on puisse donner une maladie dont on a le germe, mais qui n'est pas encore développé. Je ne suis pas de l'avis de J.-L. Petit, qui admet des différences dans le degré de force de la syphilis congénitale, suivant qu'elle vient du père ou de la mère, ou des deux à la fois. Ces différences dépendent, selon moi, de la constitution de chaque être.

Le virus syphilitique se présente toujours sous forme liquide, ou, si on l'aime mieux, le véhicule du virus syphilitique est toujours liquide, ce qui est facile à concevoir, puisque l'effet du virus appliqué sur les parties susceptibles de recevoir la contagion, est l'inflammation, et que le produit de l'inflammation est toujours la suppuration. Il n'existe que dans le pus des affections primitives : celui des affections consécutives n'a aucune propriété contagieuse. Des praticiens pensent que ce dernier possède, comme le premier, la faculté de transmettre la contagion. J'ai fait à cet égard des recherches qui m'ont démontré le contraire, et je puis avancer sans crainte d'être démenti, par des faits authentiques, que jamais l'on n'a eu un exemple certain de contagion de la syphilis consécutive. Le grand soin que j'ai apporté pour connaître la manière dont les individus avaient gagné la maladie, m'a toujours conduit à trouver pour origine une affection primitive. Il en est de même du pus des bubons ; il ne renferme pas le virus syphilitique. Il peut, ainsi que celui des maladies syphilitiques consécutives, et celui de toutes les suppurations, posséder une propriété irritante ; mais elle ne porte pas un germe spécifique. Le pus qui contient le virus syphilitique offre des différences relatives à sa couleur, à sa densité et à sa quantité qui dépendent de la structure de l'organe malade, de l'intensité et de l'ancienneté de l'inflammation.

La syphilis est distinguée en syphilis primitive ou récente, et en syphilis consécutive, invétérée, confirmée ou constitutionnelle. La syphilis primitive est celle qui résulte de l'application immédiate ou de l'inoculation du virus syphilitique. La syphilis consécutive est celle qui résulte de la présence du virus syphilitique dans l'économie animale. Cette division est basée sur l'apparition, dans la syphilis primitive, des symptômes que j'ai nommés primitifs, et dans la syphilis consécutive de ceux auxquels j'ai donné le nom de consécutifs.

J'ai dit que les symptômes primitifs de la syphilis sont les inflammations des membranes de l'urèthre et du vagin, et les ulcères de la peau. D'autres causes peuvent occasionner les mêmes maladies : il faut donc avoir un moyen de diagnostic qui nous guide et nous fasse éviter des erreurs. Dès l'instant que j'ai eu à observer un grand nombre de malades syphilitiques, je me suis aperçu de la difficulté de reconnaître les affections syphilitiques primitives ou consécutives, des affections analogues produites par d'autres causes: j'ai cherché dans les écrivains, ils n'indiquent aucun signe qui puisse éclairer le diagnostic d'une manière certaine et constante ; je me suis alors attaché à en trouver un qui pût me mener au but que je désirais atteindre. Ce n'était pas en étudiant les maladies primitives que je pouvais espérer arriver à un résultat satisfaisant. En effet, comment aurais-je trouvé le signe que je cherchais? puisque je ne savais pas ce qui pouvait distinguer les unes des autres. Il fallait donc interroger les circonstances antécédentes chez les individus attaqués de maladies consécutives ; c'est ce que j'ai fait. J'ai été longtemps sans rien apprendre, mais enfin à force de comparer tous les cas, après m'être fait rendre compte de toutes les maladies antécédentes, j'ai reconnu que tous les individus attaqués de symptômes syphilitiques consécutifs, avaient en même temps que les symptômes primitifs, un engorgement des ganglions lymphatiques dans lesquels se rendent les vaisseaux lymphatiques de la partie malade.

Ce point éclairci, ma tâche n'était pas encore remplie, d'autres causes peuvent occasionner un semblable engorgement. Comment le distinguer de celui produit par la syphilis. J'ai fait de nouvelles recherches, et j'ai obtenu ce que je voulais, le moyen d'établir un diagnostic sûr et constant.

Les causes qui font naître les bubons se rapportent à cinq classes.

1° La syphilis.

2° La scrofule.
3° La peste.
4° Le cancer ancien.
5° La sympathie.

Je n'étudierai pas chacune de ces espèces pour établir la comparaison avec le bubon syphilitique. Je laisserai de côté le bubon pestilentiel, et après avoir décrit celui produit par la syphilis, je donnerai le diagnostic différentiel des bubons scrofuleux, cancéreux et sympathiques.

SYPHILIS PRIMITIVE.

—

CHAPITRE I.

BUBON.

§. 1. Bubon en général.

Le bubon est l'engorgement inflammatoire ou l'inflammation des ganglions lymphatiques.

Le bubon syphilitique est constamment la suite de l'absorption immédiate du virus syphilitique manifestée par le développement d'une inflammation ou d'un ulcère. Jamais il ne survient sans que l'une ou l'autre de ces affections ait paru. L'existence de ce virus dans l'économie ou la syphilis constitutionnelle ne le fait pas naître. Aussi je n'admets pas la distinction que l'on a établie, du bubon primitif et du bubon consécutif. Quelquefois il arrive que le bubon se manifeste pendant l'existence de très-petits ulcères, qui guérissent sans que le malade s'en aperçoive, et qu'il parvient à son plus haut degré après qu'il ne reste plus aucune trace de ces ulcères. Cette espèce de bubon a été appelée essentielle, primitive, d'emblée; mais ces dénominations doivent être rejetées parce qu'elles induiraient en erreur, et qu'elles feraient croire que le bubon survient sans que des symptômes primitifs aient paru, ce qui n'a jamais lieu.

Le bubon ne se manifeste jamais dans la syphilis constitutionnelle, sans que de nouveaux symptômes primitifs apparaissent. Dans quelques cas, il arrive qu'un individu qui a un bubon, est guéri des symptômes primitifs, cause du bubon, et que se croyant parfaitement débarrassé parce que celui-ci est peu volumineux, il marche sans porter aucune attention à la tumeur de l'aine, et au bout de quelques jours, l'engorgement des ganglions lymphatiques augmente et devient considérable. Le nom de consécutif donné à ce bubon ferait croire qu'il est dû à une infection constitutionnelle, ce qui ne s'observe pas. Jamais non plus les affections consécutives comme les syphilides, les nécroses, les exostoses, etc., ne donnent lieu à des bubons. Je crois donc d'après cela qu'on doit rejeter la distinction du bubon en primitif et consécutif; parce qu'il est toujours le résultat de symptômes primitifs et jamais de symptômes consécutifs. On a aussi appelé secondaire ou symptomatique le bubon qui accompagne les inflammations et les ulcères. Cette dénomination bonne pour ceux qui admettent diverses espèces de bubons devient totalement insignifiante pour nous. Il en est de même du nom de sympathique, que l'on a donné aux bubons qui se manifestent pendant le cours d'une infection syphilitique primitive, puisque je n'admets pas que ce soit l'irritation des parties qui produise le bubon syphilitique, comme elle occasionne, dans quelques cas, l'engorgement des ganglions lymphatiques; mais que je pense que c'est l'absorption du virus syphilitique qui fait naître le bubon.

Le bubon peut avoir son siége dans tous les ganglions lymphatiques superficiels du corps, puisque toute la surface du corps est exposée à recevoir l'infection syphilitique. Mais c'est ordinairement à l'aine, à la mâchoire et à l'aisselle que l'on remarque cet engorgement, parce que les parties dont les vaisseaux lymphatiques se rendent dans les ganglions inguinaux, maxillaires, et axillaires, sont celles qui sont le plus souvent infectées.

L'on doit distinguer trois espèces de bubons. Dans la première, il y a un engorgement inflammatoire du ganglion lymphatique sans inflammation du tissu cellulaire environnant. C'est le bubon glanduleux des pathologistes.

Dans la deuxième espèce, il y a en même temps inflammation du ganglion et du tissu cellulaire; et l'on pourrait dire que l'inflammation est égale dans l'un et dans l'autre. Les pathologistes n'ont pas indiqué cette espèce.

Dans la troisième espèce, il y a inflammation légère du ganglion et inflammation considérable du tissu cellulaire. Cette espèce n'est autre chose que le phlegmon. Elle a été désignée par les pathologistes sous le nom de bubon celluleux.

La forme est arrondie ou ovalaire, comme celle du ganglion; quand plusieurs ganglions sont engorgés à la fois, ou que le tissu cellulaire participe à l'inflammation, elle change en raison du nombre des ganglions malades, de la quantité du tissu cellulaire enflammé et de la configuration des parties.

La grandeur varie suivant l'espèce. Dans la première, le bubon est peu volumineux, un ou plusieurs ganglions s'engorgent; ils doublent ou triplent de volume, souvent ils grossissent à peine et ne font que s'endurcir. Dans la deuxième espèce, le volume est plus grand, parce qu'à l'augmentation de grosseur du ganglion se joint le gonflement du tissu cellulaire. Si un grand nombre de ganglions est enflammé, et si le tissu cellulaire intermédiaire participe à l'inflammation, le bubon peut acquérir une grande largeur, mais il a peu

de hauteur. Dans la troisième espèce qui n'est autre chose que l'inflammation d'un ou de plusieurs ganglions, compliquée de l'inflammation considérable du tissu cellulaire ou phlegmon, le bubon peut acquérir plus ou moins de volume, tant en largeur qu'en hauteur, ainsi que tout phlegmon.

Le bubon peut être unique ou multiple suivant la disposition des vaisseaux lymphatiques de la partie malade. Il peut y avoir en même temps plusieurs bubons sur plusieurs parties du corps, si plusieurs parties sont soumises à l'infection syphilitique.

Le bubon se manifeste ordinairement peu de jours après l'apparition des symptômes syphilitiques primitifs, quelquefois en même temps ; dans d'autres cas il y a un intervalle assez grand entre le développement des uns et des autres, pour qu'on ne rapporte pas les bubons aux symptômes survenus antérieurement. D'ailleurs les malades savent rarement donner des renseignements exacts à cet égard. Je pense que, dans le plus grand nombre des cas, il survient en même temps ou très-peu après l'apparition des symptômes syphilitiques primitifs, car chez tous les malades que j'ai observés et qui étaient infectés depuis quelques jours, l'examen attentif des ganglions lymphatiques m'a toujours démontré leur engorgement.

Son apparition est précédée ordinairement de quelque douleur : dans un grand nombre de circonstances néanmoins, il n'en est pas ainsi, et il existe sans que le malade s'en doute. Ces différences tiennent à l'espèce du bubon. Quand il est de la première, le malade n'éprouve souvent aucune douleur, quand il est de la deuxième, la douleur est plus ou moins vive, suivant l'intensité de l'inflammation du tissu cellulaire : enfin quand il est de la troisième, la douleur est vive comme dans le développement de tout phlegmon.

La marche offre aussi des variétés selon l'espèce. Le bubon de la première espèce développé sans douleur, reste le plus souvent indolent. Aussi a-t-il reçu ce nom des pathologistes qui se sont occupés des maladies syphilitiques. On le connaît à une ou plusieurs tumeurs rondes ou ovalaires et aplaties, dures, isolées dans le plus grand nombre des cas, réunies quelquefois par un cordon que forment les vaisseaux lymphatiques engorgés. Elles sont sans changement de couleur à la peau, ni engorgement du tissu cellulaire ambiant, ni douleur même au toucher. Elles ne sont pas apparentes, excepté chez les personnes très-maigres, et lorsqu'elles ont quelque volume ; il faut souvent une recherche très-attentive pour les trouver. Dans quelques cas elles acquièrent plus de volume, et alors elles occasionnent de la douleur. Cette circonstance d'augmentation de grosseur n'est pas cependant indispensable pour les rendre douloureuses, car on en voit de petites qui le sont. D'autres fois le malade commence par éprouver de la douleur, et il ne trouve de ganglion tuméfié qu'au bout de quelques jours. Ce bubon reste très-longtemps au même point, et il ne se résout jamais complétement.

Le bubon de la deuxième espèce commence par l'engorgement d'un ou de plusieurs ganglions lymphatiques, ordinairement douloureux, quelquefois mais rarement indolent. La tumeur se présente avec les mêmes symptômes que le bubon de première espèce ; au bout de quelques jours la peau devient sensible au toucher, rouge, tendue, chaude, et si l'emploi des moyens convenables ne peut arrêter cette inflammation, il se forme un ou plusieurs points de suppuration. Quelquefois le pus existe sans qu'il y ait la moindre altération de couleur à la peau. Dans cette espèce de bubon, on sent que la tumeur est formée par une base dure, assez grande relativement à son volume, et sur cette base se développe le point de suppuration. D'autres signes servent encore à le faire connaître quand il est ouvert; j'en parlerai plus bas en traitant des terminaisons. La marche est plus ou moins rapide, et le malade présente plus ou moins les symptômes généraux et locaux de la formation du pus, selon que le tissu cellulaire participe plus ou moins à l'inflammation.

Le bubon de la troisième espèce commence comme les autres, par l'engorgement inflammatoire d'un ou de plusieurs ganglions lymphatiques; mais l'inflammation se propageant promptement au tissu cellulaire, il se forme un véritable phlegmon superficiel. Sa marche est toujours rapide, et le malade offre constamment les symptômes généraux et locaux de la formation du pus. C'est cette espèce que les pathologistes ont désignée sous le nom d'inflammatoire.

Le bubon se termine par suppuration, gangrène ou induration. Peut-on dire qu'il se termine par résolution ? non, parce que jamais un ganglion lymphatique attaqué d'engorgement inflammatoire à la suite de la syphilis, ne revient à son état primitif. Le ganglion enflammé perd seulement une partie du volume qu'il a acquis, et il reste engorgé et dur pendant toute la vie.

La suppuration ne s'observe jamais dans le bubon de la première espèce ; on ne la voit que dans celui de la deuxième et de la troisième. Dans le bubon de la deuxième espèce, elle a son siége à la fois dans le ganglion et dans le tissu cellulaire. Elle s'annonce par une douleur sourde et pongitive, et par la sensation de fluctuation accompagnée d'un phénomène remarquable, et qui seul pourrait suffire pour faire reconnaître cette espèce de bubon. On sent dans un point peu étendu la fluctuation, et autour du point ramolli, un corps dur qui quelquefois forme simplement une base à bords saillants, et qui dans d'autres circonstances forme une espèce de godet dans lequel la pulpe du doigt peut entrer. Souvent la peau ne présente aucune altération ; d'autres fois elle devient rouge, et c'est dans les cas de cette sorte que les malades

éprouvent des douleurs; dans le premier cas, elle ne s'amincit pas ; dans le deuxième au contraire , elle perd une partie de son épaisseur. Si l'on abandonne ces bubons à eux-mêmes , le pus est fréquemment résorbé, ou bien, si la peau amincie s'ouvre, le pus sort et l'ouverture accidentelle se ferme , ou il reste une petite fistule facile à guérir. Le pus , qui s'écoule , est d'abord du pus phlegmoneux , c'est-à-dire le pus qui résulte de l'inflammation du tissu cellulaire; mais après, c'est de la sérosité jaunâtre fournie par le ganglion en suppuration , et tant que l'ouverture reste fistuleuse , c'est constamment de la sérosité qui s'en échappe. Si cette suppuration dure longtemps , le ganglion est détruit. Dans le bubon de la troisième espèce, on observe tous les phénomènes locaux de la suppuration, comme dans le phlegmon superficiel, par conséquent avec amincissement et décollement de la peau. Indépendamment de ces phénomènes du phlegmon , il y en a un qui est propre à l'inflammation du ganglion , c'est sa destruction. Aussi après ces grandes suppurations, on n'en trouve plus de traces , et quand de nouveaux symptômes primitifs se manifestent, on ne voit aucun engorgement de ganglions dans la partie où a eu lieu cette grande suppuration ; c'est à côté du siége de cette première affection qu'on trouve un autre engorgement de ganglions lymphatiques. Il ne résulte au reste aucun inconvénient de cette destruction d'un ou de plusieurs ganglions , et ceux qui pourraient douter de ce que j'avance, n'ont qu'à se rappeler que , dans quelques opérations , la hernie crurale étranglée , le cancer du sein, par exemple, on enlève des ganglions lymphatiques sans aucun accident ultérieur, et ils se rangeront de mon avis. Dans ces cas de destruction du ganglion, on ne doit plus le retrouver ; il ne peut donc pas rester une induration , mais il reste une cicatrice qui indique qu'un bubon a existé. Il peut arriver plus tard que quelques ganglions voisins viennent à s'enflammer de nouveau , et alors le gonflement s'étend au-dessous des cicatrices.

La terminaison par gangrène ne s'observe jamais dans la première espèce et très-rarement dans la deuxième. Il n'en est pas de même dans la troisième, où on la voit très-fréquemment. Elle s'étend à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané et détruit une partie plus ou moins grande de ces tissus qui forment le foyer : tantôt les ganglions restent entiers au milieu des parties mortes : tantôt ils sont eux-mêmes gangrénés.

La durée du bubon est variable. Elle ne peut au reste être indiquée que pour ceux de la deuxième et de la troisième espèce, puisque ceux de la première persistent constamment. Néanmoins quand ils sont volumineux, comme ils diminuent un peu, elle peut être calculée. En général elle est de 4 à 8 septenaires. Ceux de la troisième espèce compliqués de gangrène peuvent durer beaucoup plus longtemps.

L'induration est la terminaison constante de la première espèce, et elle existe dans la deuxième quand la suppuration du ganglion n'a pas été longue, et ne l'a pas détruit. On ne l'observe pas dans la troisième où le ganglion est toujours détruit. Il est une espèce d'induration différente de celle dont je parle ; c'est celle dans laquelle le tissu cellulaire et les ganglions confondus ne forment plus qu'une masse squirrheuse, qui occupe toute la région inguinale, seule partie où je l'ai observée. Si l'on a occasion d'examiner les organes après la mort, on trouve une masse qui a quelquefois plus d'un pouce d'épaisseur. C'est ce que les pathologistes ont désigné sous le nom de bubon squirrheux !

Le diagnostic différentiel des trois sortes de bubons est facile. Dans la première espèce on sent un cordon formé par les vaisseaux et les ganglions lymphatiques engorgés sans que le tissu cellulaire ni la peau participent à l'inflammation. Ainsi le diagnostic est très-aisé. Ce bubon ne suppure jamais. Dans la deuxième et la troisième espèce, il est moins facile d'établir le diagnostic ; cependant on y parviendra aisément en faisant attention que la troisième espèce est le phlegmon simple, et que la deuxième est une réunion des symptômes du phlegmon et de l'inflammation du ganglion lymphatique. L'on doit donc trouver dans ce dernier cas une tumeur à base dure, sans beaucoup de changement de couleur à la peau, sans chaleur et sans douleur, et l'expérience prouve en effet que les choses se passent ainsi, et que lorsque la suppuration survient, il n'y a que quelques points dans lesquels le pus se forme et dans lesquels sa présence laisse sentir la fluctuation.

Aussi ces bubons sont moins douloureux que ceux de la troisième espèce, et le malade ne sent réellement de la douleur que dans le point fluctuant : et à moins que celui-ci ne soit étendu, il n'y a pas le malaise ni la souffrance qui accompagnent la présence du pus et qui sont assez forts chez quelques individus pour leur faire perdre le sommeil. Dans la troisième espèce, au contraire, nous trouvons tous les symptômes du phlegmon, gonflement, douleur, chaleur et rougeur de la peau. La base de la tumeur n'est pas dure ; la peau devient rouge dans toute son étendue : la chaleur est forte comme dans un phlegmon, et la douleur est très-vive pendant et après la formation du pus, tant que celui-ci est contenu dans le foyer. Il se forme rapidement, quelquefois dans l'espace de deux ou trois jours. La peau s'amincit promptement et prend une couleur violacée. Si ces deux sortes de bubons offrent des signes différentiels dans leur développement et dans leur marche, ils en présentent aussi dans le pus qu'ils contiennent. Lorsqu'on ouvre un bubon de la deuxième espèce formé par l'inflammation du ganglion et du tissu cellulaire, on trouve d'abord le pus du tissu cellulaire, puis celui du ganglion qui n'est autre chose

que de la sérosité colorée en jaune. Si l'ouverture faite pour donner issue à la matière contenue dans la tumeur reste fistuleuse, elle ne fournit plus le pus ordinaire, mais la sérosité du ganglion. Si elle se ferme, on la voit quelquefois se rouvrir plusieurs jours après pour donner issue de nouveau à de la sérosité. Lorsqu'au contraire on ouvre un bubon de la troisième espèce, on trouve un foyer qui occupe toute la tumeur : si on l'incise dans toute l'étendue qui offre de la fluctuation, on trouve la peau décollée des parties sous-jacentes, absolument comme dans un phlegmon ordinaire, et si on se contente de faire une simple ponction, il reste une cavité dont l'orifice ne se ferme jamais comme cela arrive dans tous les abcès sous-cutanés avec altération de la peau. On voit d'après ce que je viens de dire, combien sont différentes les trois espèces de bubons. On voit qu'il y a quelque analogie entre les deux dernières à cause de la formation du pus, mais on voit aussi qu'elles diffèrent sous plusieurs rapports savoir le siége, la nature du pus, et les terminaisons. On verra plus tard qu'il y a aussi des différences très-importantes relatives au traitement. Cependant je dois faire observer que dans quelques cas de la deuxième espèce il y a un foyer très-grand, ce qui dépend du peu de soin du malade, ou ce qui est la faute du chirurgien, comme je le dirai plus loin.

Je vais établir maintenant le diagnostic différentiel du bubon syphilitique et des autres sortes de bubons. Mais auparavant je ferai observer que, dans l'état normal, on ne sent pas les ganglions lymphatiques; parce que, malgré leur volume, ils ont une mollesse telle qu'ils cèdent sous le doigt qui les presse. Chez quelques individus ils deviennent plus consistants, et ils sont sentis quand on appuie avec un peu de force, mais ils conservent de la mollesse et de l'élasticité, de sorte que le doigt s'aperçoit qu'ils cèdent à sa pression et qu'ils reviennent à leur état naturel.

Les scrofules et la syphilis produisent constamment l'inflammation des ganglions lymphatiques; mais celle-ci offre des différences dans son siége, dans sa marche, dans sa consistance, dans ses terminaisons et dans les circonstances concomitantes. Le bubon scrofuleux se développe spontanément sans qu'on trouve aucune trace de maladie voisine qui ait pu le faire naître. Les sujets qui en sont affectés offrent dans leur habitude extérieure des traces de la constitution scrofuleuse. Il se manifeste chez l'enfant dans le plus grand nombre des cas; plus rarement chez l'adulte à moins que des causes particulières ne favorisent chez ce dernier le retour d'une affection scrofuleuse combattue dans l'enfance, ou le développement d'une affection scrofuleuse acquise. Il a son siége au cou d'abord, et les ganglions engorgés dans le principe finissent souvent par envahir tout un côté de cette partie et même par former un collier. Dans ces deux derniers cas, il est rarement difficile de distinguer l'affection scrofuleuse, parce que tous ses symptômes existent, qu'il y a des engorgements ganglionnaires dans d'autres parties et que dans les affections syphilitiques on n'observe que l'engorgement des ganglions recevant les vaisseaux de la partie malade, et jamais celui des autres. Mais dans le premier cas lorsqu'un ou deux ganglions sont seuls engorgés, il peut y avoir quelque difficulté. Néanmoins on parviendra sans peine à établir convenablement son diagnostic en ayant égard à l'âge du sujet, aux circonstances antécédentes et concomitantes, et à la nature de l'engorgement. Les ganglions scrofuleux ne s'observent guère que chez les enfants ; s'ils s'observent chez les adultes, les symptômes de scrofules sont très-évidents. Les enfants sont rarement affectés de maladies syphilitiques primitives, comme je le démontrerai en parlant des affections syphilitiques des enfants : mais aussi quand ils contractent cette affection, c'est ordinairement par la bouche, et ils ont par conséquent un engorgement inflammatoire des ganglions lymphatiques cervicaux. Il pourrait donc y avoir de l'incertitude, si les formes n'étaient pas différentes, et s'il n'y avait pas de plus la circonstance d'une ulcération syphilitique à la lèvre et celle d'une ulcération au sein de la nourrice avec engorgement des ganglions axillaires. Le diganostic peut devenir plus douteux, si ce n'est pas la nourrice, mais un étranger qui a donné la syphilis à l'enfant : le doute cesse, si la nourrice devient malade après l'enfant.

La marche du bubon vient encore éclairer le diagnostic. Le scrofuleux n'a pas une marche aussi progressive que le syphilitique. Il commence par une ou plusieurs tumeurs tantôt petites, tantôt grosses, sphériques ou ovalaires : elles sont isolées ou réunies, et constamment elles sont mobiles, indolentes, sans changement de couleur à la peau, molles, et elles jouissent de quelque élasticité. Elles restent stationnaires, et peuvent diminuer et même disparaître, si la disposition scrofuleuse diminue d'elle-même ou si elle est suffisamment combattue. Dans le cas contraire elles prennent un volume plus ou moins considérable qu'elles conservent, ou qui augmente toujours et forme des masses énormes qui persistent pendant toute la vie, ou bien enfin elles se ramollissent et suppurent.

Le bubon syphilitique commence aussi par une ou plusieurs tumeurs petites, sphériques ou ovalaires, isolées ou réunies : rarement elles sont grosses dès le principe : le plus souvent elles n'offrent pas de mobilité; on ne l'observe que dans les cas où elles sont petites, car pour peu qu'elles acquièrent de volume, elles sont adhérentes par leur base : elles sont douloureuses : la peau reste dans l'état normal ou change selon les espèces du bubons. Elles ne sont pas molles et ne jouissent d'aucune élasticité. Le dernier caractère

est surtout très-remarquable. Lorsque mes observations m'ont eu prouvé que l'existence du bubon était le signe pathognomonique de la syphilis, j'ai cru devoir m'assurer par l'examen d'un grand nombre de scrofuleux, s'il y avait quelque différence entre les engorgements ganglionnaires scrofuleux et syphilitiques, et mes recherches m'ont fait trouver ce caractère. J'ai voulu alors savoir si les écrivains l'avaient indiqué, et je l'ai trouvé énoncé par plusieurs comme appartenant aux scrofules, mais non pas comme signe distinctif du bubon scrofuleux et du syphilitique. Si j'insiste tant sur ce caractère, c'est qu'il est de la plus grande importance. C'est presque le seul qui tranche les difficultés du diagnostic, et, chose très-remarquable, c'est qu'il existe dans les bubons les plus petits comme dans les plus volumineux.

Lorsque la suppuration s'établit, on trouve encore des phénomènes qui distinguent le bubon scrofuleux du syphilitique : ils ne peuvent s'appliquer qu'au bubon de la deuxième espèce, celui de la troisième n'étant autre chose qu'un phlegmon. Dans l'un et l'autre cas, il y a adhérence de la tumeur à la peau, car il faut nécessairement que le tissu cellulaire sous-cutané participe de l'inflammation pour que le pus puisse se porter au dehors. Dans le bubon scrofuleux la peau devient violacée, elle s'amincit, et au bout d'un temps plus ou moins long elle s'ulcère et donne issue au pus. Dans quelques cas très-rares il n'en est pas ainsi et la peau ne change pas de couleur : c'est lorsque le pus s'est formé dans un énorme amas de ganglions engorgés ; que le foyer est au milieu de cette réunion de ganglions, et qu'on l'ouvre de bonne heure dans la crainte qu'il ne se fasse un décollement trop considérable de la peau. Mais constamment quand du pus s'est formé dans les ganglions scrofuleux, il faut qu'il sorte par une ouverture naturelle ou artificielle. Il n'en est pas de même du bubon syphilitique de la deuxième espèce. La peau ne change pas de couleur, elle ne s'amincit pas et ne s'altère pas autant. Le pus ne doit pas être nécessairement éliminé : il peut être résorbé, et c'est même le cas le plus ordinaire quand le bubon est convenablement traité.

Lorsque les bubons scrofuleux et syphilitiques se sont terminés par suppuration et que la cicatrice s'est formée, on trouve encore une différence facile à expliquer. Quand un ganglion engorgé par suite de l'existence du vice scrofuleux suppure, il est seul le siége de la suppuration, et le tissu cellulaire ambiant n'y participe en rien dans le principe : ce n'est que lorsque le pus est complétement formé et qu'il veut se porter en dehors, que le tissu cellulaire sous-cutané devient malade. Il résulte nécessairement de là que la cicatrice doit être enfoncée et de plus rayonnée et bridée, parce que les bords de la peau contractent des adhérences avec le fond du foyer formé dans le ganglion. Mais lorsqu'un ganglion enflammé par suite de l'infection syphilitique suppure, comme l'inflammation est plus active, le tissu cellulaire placé entre lui et la peau participe toujours plus ou moins à l'inflammation, d'où il résulte que la cicatrice ne doit pas être enfoncée et bridée, ainsi qu'on le voit dans l'autre cas. Quelquefois cette cicatrisation vicieuse et difforme s'opère parceque la peau contracte des adhérences avec le ganglion suppuré ; mais on peut avancer, sans crainte de se tromper, que jamais la difformité n'est aussi grande.

Si les bubons scrofuleux et syphilitiques se terminent par induration, il est encore facile de les distinguer à la différence de consistance. Car il est très-remarquable que le bubon syphilitique conserve toujours une dureté et une consistance analogues à celles du squirrhe, ce que l'on n'observe pas dans les tumeurs scrofuleuses que l'on ne peut résoudre.

Les maladies cancéreuses anciennes sont souvent accompagnées de bubons. Le voisinage d'une partie malade, l'âge de l'individu, les signes généraux de la cachexie cancéreuse suffiront pour les faire reconnaître.

La sympathie donne naissance aux bubons. Dans les cas de piqûres profondes des pieds ou des mains, surtout par des instruments sales, à la suite de l'application des vésicatoires, des sétons, des caustiques, de l'apparition d'un furoncle, d'un abcès, etc., on voit les ganglions lymphatiques voisins s'engorger, et devenir douloureux. Cet accident disparaît avec celui qui l'a occasionné. Si quelquefois il survient des points de suppuration, ce sont des abcès de tissu cellulaire, et non de ganglion. Il se forme un petit foyer, dont le pus est parfois résorbé. Si on l'ouvre, il s'écoule un pus louable, la plaie se ferme, et la cicatrice n'est pas enfoncée comme celle qui succède aux abcès des ganglions.

En résumant ce que j'ai dit sur le diagnostic des bubons, on tirera les conséquences suivantes :

1° Le bubon syphilitique de la première espèce ne se résout jamais complétement. Le ganglion reste dur et comme squirrheux pendant toute la vie, ce qui permet de constater toujours son existence.

2° Le bubon syphilitique de la deuxième espèce présente les mêmes phénomènes, si le ganglion n'a pas été détruit par la suppuration : et s'il l'a été, il reste une cicatrice différente de celle des bubons scrofuleux ou sympathiques suppurés.

3° Le bubon syphilitique de la troisième espèce présente une cicatrice différente de celle des bubons scrofuleux ou sympathiques suppurés.

4° On peut donc toujours distinguer le bubon syphilitique, quelles qu'aient été sa marche et sa terminaison.

5° Le bubon syphilitique n'étant jamais observé qu'à la suite des symptômes syphilitiques primitifs, suivis eux-mêmes de symptômes consécutifs si les premiers n'ont pas été convenablement traités, on doit en conclure qu'il n'appartient qu'à la

syphilis et qu'il est son signe diagnostique pathognomonique.

Les observations à l'appui seront citées en parlant des symptômes consécutifs.

Le pronostic du bubon considéré sous le rapport de la maladie générale est grave, puisque son apparition est l'indice de la contagion syphilitique. Sous le rapport de la maladie locale, il varie. Dans la première espèce, il n'est pas grave. Dans la deuxième, il l'est peu, parce que le décollement de la peau qui l'accompagne guérit promptement. Dans la troisième il est très-grave à cause du décollement et de la gangrène.

§ 2.

Bubon inguinal.

Le bubon inguinal a son siége dans les ganglions lymphatiques inguinaux sous-cutanés. Je crois nécessaire de donner une description succincte de ces ganglions, et je renvoie pour l'examen de leur disposition, aux planches de Mascagni, qui sont ce que nous avons de plus exact sur le système lymphatique. Les ganglions inguinaux sont de deux ordres, les superficiels et les profonds. Les premiers sont situés au-devant de l'aponévrose fascia lata, autour de la veine saphène externe. Leur nombre est de 8, 10, 12; ils reçoivent les vaisseaux lymphatiques superficiels des membres abdominaux, ceux des parties génitales externes de l'homme et de la femme, et ceux des fesses, de l'anus et des parois abdominales. Les seconds sont situés sur les côtés des vaisseaux cruraux, ils sont au nombre de 3 ou 4, et reçoivent les vaisseaux lymphatiques profonds des membres abdominaux. Les ganglions lymphatiques superficiels communiquent entre eux et avec les profonds par des vaisseaux lymphatiques; et soit qu'on les examine sur le cadavre, soit qu'on consulte les planches de Mascagni, on voit que leur nombre est égal au-dessus du pli de la cuisse et au-dessous. Les vaisseaux lymphatiques des organes génitaux, tant chez l'homme que chez la femme, varient en nombre. Ils se rendent tous dans les ganglions lymphatiques superficiels et jamais dans les profonds : ils vont le plus ordinairement dans les ganglions lymphatiques voisins du même côté, et principalement dans les supérieurs, c'est-à-dire ceux situés au-dessus du pli de la cuisse. Cependant il est très-fréquent de les voir gagner les ganglions lymphatiques éloignés soit externes, soit inférieurs, soit du côté opposé. Les vaisseaux lymphatiques de la fesse et de l'anus vont aux ganglions lymphatiques inguinaux externes. Les vaisseaux lymphatiques superficiels du membre abdominal se rendent aux ganglions lymphatiques inguinaux inférieurs (consultez Mascagni, part. 1re, chap. 1er, art. 1er, pl. 4, fig. 2e, pl. 5e, fig. 2e, pl. 7e, 8e, 10e, 13e). Néanmoins il est bon de faire observer que cette disposition n'est pas tellement exacte qu'on puisse, d'après l'inspection du ganglion lymphatique engorgé, juger de l'organe affecté. Elle est ordinaire, mais non constante. Ainsi dans le cas de chancre. On trouve quelquefois le ganglion lymphatique le plus extérieur enflammé : d'autres fois, dans les furoncles des fesses ou les affections de l'anus, c'est un ganglion lymphatique interne : et dans les affections du membre abdominal, un ganglion lymphatique supérieur.

La disposition anatomique des vaisseaux et ganglions lymphatiques, que je viens de décrire, donne l'explication de certains phénomènes dont je vais m'occuper.

Le bubon inguinal n'a pas constamment son siége du côté où se trouve l'ulcère, ce qui s'explique par l'entrecroisement des vaisseaux lymphatiques; ni toujours dans les ganglions lymphatiques internes, puisque, chez quelques individus, les vaisseaux lymphatiques se rendent aux ganglions externes.

Il est plus fréquent à gauche qu'à droite. Rien dans l'anatomie des vaisseaux lymphatiques, n'indique la cause de cette différence. Il faut qu'il y ait plus de vaisseaux se rendant dans les ganglions gauches que dans les droits, ce qui ne pourrait être vérifié que par de nombreuses injections.

Il est plus fréquent dans les ganglions lymphatiques supérieurs, c'est-à-dire dans ceux situés au-dessus du pli de la cuisse, que dans ceux situés au-dessous : il est même très-rare de le voir dans ces derniers. Et lorsqu'il a son siége dans les ganglions supérieurs et inférieurs en même temps, le pli de la cuisse persiste, même si le bubon parvient à un volume considérable.

Il dépend toujours de l'engorgement des ganglions lymphatiques superficiels, et jamais de celui des ganglions lymphatiques profonds. L'anatomie et l'observation le prouvent. La première nous a appris que les vaisseaux lymphatiques des organes génitaux externes de l'homme et de la femme se rendent dans les ganglions lymphatiques inguinaux superficiels et non dans les profonds. Lorsqu'il y a absorption d'un virus par les vaisseaux lymphatiques, ce sont les ganglions dans lesquels ils se rendent, qui s'engorgent; or les vaisseaux lymphatiques des organes génitaux, se rendant dans les ganglions lymphatiques inguinaux superficiels, ce sont donc ces ganglions qui doivent être engorgés. Conséquemment, il faut rejeter tout à fait, anatomiquement parlant, la théorie des praticiens, qui avancent que les bubons doivent être distingués en superficiels et en profonds. Mais, dira-t-on, des vaisseaux lymphatiques font communiquer les ganglions superficiels et les profonds : j'en conviens, et je réponds qu'il pourrait arriver que les ganglions lymphatiques profonds s'engorgeassent consécutivement, mais que ce n'est pas cela qu'entendent les praticiens, et que l'observation prouve que cela n'a pas lieu. Les praticiens qui parlent de l'engorgement des ganglions

lymphatiques profonds, indiquent les signes diagnostiques. Le bubon est situé plus profondément: il est plus douloureux, et quand on l'ouvre, il faut percer une plus grande épaisseur de parties. Ils ont oublié que si les ganglions lymphatiques profonds s'engorgeaient, il arriverait ce que l'on observe dans les abcès profonds et sous-aponévrotiques, savoir, une douleur excessive dépendant de l'étranglement des parties à cause de la non-extensibilité de l'aponévrose fascia lata ; l'obligation de percer l'aponévrose qui recouvre le ganglion pour arriver au foyer purulent, et enfin la nécessité de pénétrer très-profondément pour parvenir au ganglion. Quand dans quelques bubons on est obligé d'enfoncer assez avant la lancette ou le bistouri, c'est parce que le ganglion suppuré est situé près de l'aponévrose fascia lata, et qu'il faut traverser le tissu cellulaire interglandulaire, qui est constamment engorgé dans les cas de suppuration des ganglions lymphatiques, par suite d'infection syphilitique. D'ailleurs l'observation ne prouve nullement ce qu'ont avancé ces praticiens. Lorsqu'on a occasion d'ouvrir un grand nombre de bubons, on voit toujours que la suppuration est très-manifeste au moins dans un point, et qu'il suffit d'enfoncer peu profondément l'instrument. Or, je le demande à quiconque a pratiqué la chirurgie , la fluctuation est-elle sensible dans les abcès sous-aponévrotiques, et suffit-il de la ponction d'une lancette pour donner issue au pus? non, jamais. Ainsi nous devons totalement rejeter cette distinction de bubons superficiels et de bubons profonds, et nous rappeler que dans tous les cas, les bubons inguinaux ont leur siége dans les ganglions lymphatiques inguinaux superficiels. Les praticiens ont sans doute été trompés par les bubons de la deuxième espèce, dans lesquels la base de la tumeur est formée par un ganglion lymphatique, et dans lesquels il survient de la suppuration dans le tissu cellulaire environnant. Ils ont pu croire alors à un abcès profond, dont le pus s'est peu à peu frayé une voie jusqu'à la peau.

Le bubon inguinal peut être de l'une des trois espèces. La première est la plus fréquente surtout dans les inflammations de l'urèthre et du vagin. Aussi est-ce presque spécialement au bubon qui se développe dans ce cas , que l'on a donné le nom de sympathique. Hunter et Benj. Bell (dans leurs traités des maladies vénériennes), avaient déjà pensé que dans quelques cas ces bubons pouvaient être regardés comme produits par l'infection syphilitique , et que dans d'autres , ils pouvaient résulter seulement de l'irritation sympathique. S'ils avaient dirigé leurs vues vers les maladies syphilitiques consécutives, ils auraient reconnu combien ils avaient raison, et ces hommes si justement célèbres auraient pu fixer la science à cet égard. Mais ils se sont arrêtés au symptôme primitif , et tout en avouant qu'ils reconnaissaient dans certains cas, le développement du bubon comme signe de l'infection, ils n'ont pas cherché à s'éclairer par la comparaison avec les symptômes consécutifs.

La deuxième espèce de bubon pourrait prendre le deuxième rang, pour la fréquence, si les malades plus soigneux de leur santé s'occupaient d'arrêter le mal dès le principe. Mais espérant toujours que le gonflement des ganglions inguinaux diminuera , ils continuent de marcher sans appliquer des topiques sur les tumeurs, et ils voyent au bout de quelque temps le bubon de la deuxième espèce passer à la troisième. Cette remarque est surtout applicable aux hommes. Les femmes réclament plus tôt les secours de l'art, et leurs bubons conservent mieux les caractères de la deuxième espèce. Aussi est-ce principalement chez elles qu'on les observe, et l'on peut avancer que chez les femmes, le bubon de la deuxième espèce a le deuxième rang pour la fréquence, tandis que chez l'homme, c'est le bubon de la troisième espèce.

La forme du bubon inguinal est différente suivant l'espèce. Celui de la première espèce formé par l'engorgement égal des ganglions et des vaisseaux lymphatiques se présente sous la forme d'une corde avec de petits renflements de distance en distance. Celui formé par l'engorgement seul des ganglions se présente sous la forme d'une tumeur ronde ou ovalaire suivant celle du ganglion engorgé , plus ou moins volumineuse selon la grosseur du ganglion et le degré de son inflammation. Si deux ganglions sont tuméfiés, il y a deux tumeurs : il y en a autant que de ganglions enflammés, et, dans quelques cas, on les trouve tous augmentés de volume. Mais alors la tumeur, au lieu de rester arrondie, comme dans les cas où quelques ganglions seuls sont gonflés, prend une forme ovalaire dans le sens du pli de la cuisse et plus ou moins grande selon le nombre des ganglions engorgés.

La forme du bubon inguinal de la deuxième espèce est communément arrondie ; ce qui est facile à concevoir. Un ganglion s'enflamme, et l'inflammation passe au tissu cellulaire sous-cutané qui le recouvre. Elle se trouve donc renfermée dans une petite quantité de tissu cellulaire, et forme une masse analogue à celle du furoncle, ou de ces abcès que l'on voit se développer sur le trajet des veines et des vaisseaux lymphatiques enflammés, ou encore de ceux qui sont produits par la présence d'un corps étranger que la nature veut éliminer. On observe même quelquefois un phénomène assez remarquable : un bubon de la première espèce est formé par l'engorgement inflammatoire de plusieurs ganglions, et un seul de ces ganglions forme un bubon de la deuxième espèce. J'ai vu plusieurs exemples de ce genre.

La forme des bubons inguinaux de la troisième espèce est ronde ou ovalaire dans le sens du pli de l'aine, mais le plus souvent ovalaire.

Dans chacune de ces espèces de bubons ingui-

naux, si les ganglions qui sont situés au-dessus du pli de l'aine et ceux qui sont situés au-dessous sont engorgés en même temps, le pli que la peau forme dans l'aine persiste et la tumeur est partagée en deux parties. Lorsqu'elle est très-volumineuse, comme dans certains bubons de la troisième espèce, le pli est moins marqué, mais il existe.

La grandeur et le volume du bubon inguinal offrent beaucoup de variétés. Le bubon de la première espèce est quelquefois très-petit, et il faut une grande attention pour constater son existence. Ordinairement il est d'un volume médiocre. Dans quelques cas il acquiert celui du poing. J'en ai vu qui occupaient tous les ganglions lymphatiques et avaient en étendue une surface de plusieurs pouces. Le bubon inguinal de la deuxième espèce a toujours peu de largeur, mais une hauteur relative assez grande; ce qui dépend de ce que l'inflammation du tissu cellulaire est bornée à celui qui couvre le ganglion. Néanmoins il peut arriver qu'une assez grande quantité de pus se forme, et que s'amassant sous la peau, il se creuse une cavité large, mais peu saillante. Le bubon de la troisième espèce a une grandeur et un volume très-variables en raison de l'intensité de l'inflammation du tissu cellulaire. On ne peut pas les préciser plus que ceux de tout autre phlegmon.

Le bubon inguinal s'annonce par un sentiment de gêne dans l'aine, et une espèce de tiraillement dans les mouvements de la cuisse. Si l'on porte la main dans l'aine, on produit de la douleur, mais on ne sent rien. Le lendemain ou le surlendemain on trouve une ou plusieurs tumeurs petites, rondes ou ovalaires, situées au-dessus du pli de l'aine, quelquefois au-dessous, ou une espèce de corde tendue au fond de ce pli. En suivant le développement de ces tumeurs, on reconnaît qu'elles augmentent un peu de volume pour rester stationnaires, si le bubon est de la première espèce; et on trouve que le tissu qui réunit les ganglions, participe un peu à l'inflammation. La peau conserve sa couleur naturelle. Si le malade est maigre ou si le bubon augmente beaucoup, il devient visible à l'œil. Lorsque le bubon est de la deuxième espèce, on sent des ganglions plus douloureux, et on voit la peau qui le recouvre rougir et prendre part à l'inflammation : cela pourtant n'est pas constant, car j'en ai vu beaucoup qui existaient sans changement de couleur à la peau, et on ne s'apercevait qu'ils étaient de la deuxième espèce que parce qu'on sentait la fluctuation. Le bubon de la troisième espèce s'annonce par une douleur vive dans l'aine et une gêne très-grande dans la marche. La peau participe de l'inflammation du ganglion; elle paraît même ainsi que le tissu cellulaire être le seul siége du mal. Elle est rouge, tendue, chaude et le moindre toucher est excessivement douloureux. C'est principalement dans ce bubon que les malades éprouvent en marchant une gêne qui leur donne une démarche si extraordinaire, que l'on a comparée à celle du poulain à cause de l'écartement des jambes, et qui a fait donner ce nom à cette maladie.

Rarement des phénomènes généraux accompagnent le développement du bubon de la première espèce. Cependant quand il est considérable, il y a de l'anorexie et un peu de fièvre; souvent ces symptômes accompagnent le bubon de la deuxième espèce, et dans la troisième, ils sont portés au même degré que dans les phlegmons, en offrant des variétés en raison de l'inflammation.

Le diagnostic de ces diverses espèces de bubons est facile, d'après ce que j'ai dit en parlant du bubon en général.

La terminaison du bubon de la première espèce est constamment l'induration. Le ganglion conserve une partie du volume et de la dureté que lui a donnés l'inflammation. Si le malade est négligent, il peut passer à la deuxième ou à la troisième espèce. Le bubon de la deuxième espèce se termine toujours par la suppuration d'une petite partie du tissu cellulaire et par celle du ganglion : ainsi que dans le bubon de la première espèce, la négligence du malade peut faire passer ce bubon à la troisième espèce. Si on l'abandonne à lui-même, il survient des phénomènes différents selon que l'inflammation attaque principalement le tissu cellulaire ou le ganglion lymphatique. Si c'est ce dernier qui est le siége principal de l'inflammation, le pus qui s'élabore en lui s'épanche dans le tissu cellulaire environnant, et forme un foyer qui décolle la peau et ne s'ouvre de lui-même qu'après un temps assez long, et lorsque la peau est très-amincie; et alors, soit que l'ouverture ait été spontanée, soit qu'elle ait été faite par l'art, on obtient facilement le recollement des parois du foyer. Une chose assez remarquable dans ce cas, c'est que cette portion de peau amincie ne prend pas une couleur violacée, mais qu'elle reste de couleur naturelle ou devient seulement un peu brune. Si c'est au contraire le tissu cellulaire qui a été le siége principal de l'inflammation, il peut arriver que la peau s'enflamme promptement et qu'il se forme une petite eschare qui donne issue au pus; mais dans ce cas encore, les moyens chirurgicaux peuvent aisément procurer la réunion des parois du foyer.

Si on abandonne à lui-même le bubon de la troisième espèce, on voit survenir ce que l'on observe dans les cas de phlegmon. La peau prend une couleur rouge violet, elle se décolle et s'amincit dans la plus grande partie de son étendue, et il se fait une ouverture qui reste fistuleuse. Si l'inflammation est plus intense, la peau peut se gangréner, et cet accident est fréquent chez les individus qui ne soignent pas leurs bubons. Cette gangrène s'étend dans le sens du pli de la cuisse, et fort peu en largeur : elle n'attaque pas de suite toute la peau de la tumeur : mais le bubon s'ouvre et l'on voit successivement la peau être détruite

depuis l'orifice jusqu'à une distance plus ou moins éloignée. Cette circonstance s'observe fréquemment dans les bubons inflammatoires qui marchent rapidement et dans lesquels le pus se forme dans l'espace de deux ou trois jours.

J'ai dit plus haut que la terminaison du bubon de la première espèce était toujours l'induration. Je dois faire à cet égard quelques remarques. Dans le bubon de la première espèce il y a toujours induration du ganglion engorgé : mais ce n'est pas cette espèce d'induration que l'on a admise pour le bubon, et l'on doit en effet en admettre une d'un autre genre, et qui est beaucoup moins fréquente. Il s'agit de celle qui existe à la fois dans le ganglion et dans le tissu cellulaire, et j'insiste de nouveau sur elle parce qu'elle est particulière au bubon inguinal. Certains bubons sont formés par une inflammation simultanée des ganglions et du tissu cellulaire, qui n'est pas assez forte pour se terminer par suppuration, et dans laquelle on ne voit pas survenir la résolution pour l'inflammation qui appartient au tissu cellulaire, qui reste dense et épaissi, et forme avec les ganglions une masse plus ou moins volumineuse et plus ou moins dure qui persiste constamment, et à laquelle les pathologistes ont donné le nom de bubon squirrheux à cause de la ressemblance qui existe entre cette sorte de tumeur et celles dites squirrheuses. J'ai fait l'ouverture du corps d'une femme chez laquelle cette induration avait une étendue égale à celle de tout le pli de la cuisse, et une profondeur d'au moins un pouce et demi dans son milieu. Je ne pensais pas d'abord trouver un bubon, ce ne fut que par l'examen de la tumeur que je reconnus un bubon squirrheux formé par l'engorgement du ganglion et du tissu cellulaire.

La durée du bubon inguinal est très-variable. Le bubon de la première espèce, borné à l'engorgement inflammatoire simple du ganglion, ne dure que quelques jours, pour peu que le malade se soigne. Si plusieurs ganglions s'engorgent, si en même temps le tissu cellulaire environnant s'œdématie, il peut durer plusieurs septenaires, toujours en raison de l'intensité du mal. J'entends ici par durée du bubon le temps pendant lequel il est douloureux et incommode pour le malade : car si nous avons égard seulement au gonflement du ganglion, il dure toujours puisque j'ai établi en principe que l'engorgement était persistant pendant toute la vie. Le bubon de la deuxième espèce, sans grande inflammation du tissu cellulaire, et sans ouverture naturelle ou artificielle de la peau, dure toujours quatre à six semaines. Quand on est obligé de faire une ouverture ou qu'elle se fait d'elle-même, il arrive souvent qu'en huit jours, elle est cicatrisée, et comme la suppuration a été deux à quatre semaines à se former, nous trouvons une durée de trois à cinq semaines. Mais dans quelques cas il en faut plusieurs pour obtenir la guérison de l'ouverture faite, ce qui peut prolonger beaucoup la durée de la maladie.

Le bubon de la troisième espèce se forme avec rapidité quand il succède immédiatement à l'apparition des symptômes primitifs, mais quand il survient après un bubon de la première ou de la deuxième espèce, il est beaucoup plus longtemps à parvenir à son dernier degré, et on ne peut rien préciser à cet égard. Quand ce bubon est ouvert par l'art avant que la suppuration soit complétement formée, sa guérison est longue, mais moins que lorsqu'il est abandonné à la nature ou lorsqu'on attend pour l'ouvrir que la fluctuation soit sensible dans toute l'étendue de la tumeur. Il y a souvent alors des portions de peau décollées qu'il faut enlever, ce qui retarde la guérison. Quelquefois aussi la peau est progressivement détruite, et il se forme dans l'aine un ulcère énorme qui gagne soit l'abdomen soit la cuisse. Ces cas très-graves, et très-longs à guérir conduisent quelquefois les malades au tombeau.

Le pronostic de la première espèce n'est pas grave, celui de la deuxième l'est peu; quant à celui de la 3e il l'est toujours, surtout dans les cas où il y a une disposition à l'ulcération.

§ 3.

Bubon maxillaire.

Le bubon maxillaire est le plus commun après l'inguinal. Cependant, ni lui, ni le bubon axillaire ne peuvent être comparés à l'inguinal, sous le rapport de la fréquence, tant la différence est grande. Aussi ne donnerai-je pas sur eux les mêmes détails.

Le bubon maxillaire est le résultat du développement d'ulcères aux lèvres ou à la face externe des gencives ou sur la peau des lèvres ou du menton. Il a son siége dans les ganglions lymphatiques qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques des parties que je viens d'indiquer, et qui sont situés vers le bord de la mâchoire inférieure ou vers le milieu de la joue sur le trajet de l'artère et de la veine labiale, ou au-dessous du menton sur les côtés de la ligne médiane.

Il peut être de l'une des trois espèces que j'ai notées : mais il est ordinairement de la première, ce qui est facile à concevoir par le peu de mouvements de la partie, et par le peu de tissu cellulaire environnant dont la densité est sans doute encore un obstacle à l'inflammation.

Sa forme est arrondie, et son volume peu considérable.

Le mode de développement de ce bubon est celui de tous les autres. Il apparaît peu après les ulcères, et suit la même marche que le bubon de la première espèce. Il persiste après la guérison de l'ulcère, et le malade conserve une grosseur très-dure. Il diminue à peine avec le tems ; j'ai suivi pendant sept mois une femme chez laquelle

un pareil bubon a persisté sans diminution sensible de son volume.

Sa terminaison est donc l'induration, comme dans tout bubon de la première espèce.

§ 4.

Bubon axillaire.

Le bubon axillaire a son siége dans les ganglions lymphatiques de l'aisselle. Il est le résultat d'un ulcère développé dans une partie dont les vaisseaux lymphatiques se rendent dans ces ganglions.

Sa cause la plus ordinaire est l'ulcère du sein chez les femmes, surtout chez les nourrices. Viennent ensuite les ulcérations des doigts chez les médecins et les accoucheurs surtout. Une cause très-rare et peut-être unique, dont mon père a vu un exemple, est la morsure du sein dans l'orgasme vénérien. Il peut être de l'une des trois espèces indiquées : il est le plus souvent de la première, quelquefois de la troisième, ce qui se conçoit aisément d'après la grande quantité du tissu cellulaire du creux de l'aisselle.

Sa forme est arrondie et son volume peu considérable, à moins qu'il ne survienne un phlegmon. Il est persistant comme les bubons des autres parties du corps. J'ai vu plusieurs femmes qui avaient eu mal au sein quelques années avant l'époque où elles étaient soumises à mon observation, et chez lesquelles j'ai retrouvé un ou plusieurs ganglions axillaires engorgés.

La marche et la durée n'offrent rien de particulier. La terminaison par suppuration s'observe quelquefois : le cas est rare, et alors la durée est en raison du phlegmon.

Le diagnostic n'est pas toujours facile, quand il n'y a plus d'ulcération au sein, parce qu'on a de la peine à obtenir des aveux des malades.

Je finirai ce que j'avais à dire sur les bubons des différentes parties du corps en les comparant entre eux sous le rapport de leur fréquence, de leur étendue et de leur terminaison.

Le bubon inguinal est beaucoup plus fréquent que le maxillaire et l'axillaire, parce que les organes génitaux sont bien plus souvent que les lèvres, le sein ou la peau qui environne ces parties, le siége d'affections syphilitiques primitives. L'on a dit que le bubon inguinal était plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Je ne partage pas cette opinion. Je pense qu'on l'observe aussi fréquemment chez les femmes, mais on y a fait moins d'attention. Le bubon inguinal de la première espèce est, toute proportion gardée, plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Les deuxième et troisième espèces sont beaucoup plus communes chez l'homme mais principalement la troisième espèce. Je crois que cela vient de ce qu'il prend moins de soins que la femme ; car chez celles de la classe ouvrière et chez les filles qui se soignent très-peu, on voit assez souvent de ces sortes de bubons. Ayant eu à surveiller un service de femmes très-nombreux, et dirigeant mes recherches de ce côté, j'ai été à même d'obtenir les résultats que j'avance. Le bubon maxillaire s'observe également dans les deux sexes, peut-être un peu plus souvent chez l'homme que chez la femme, à cause de certains baisers. Le bubon axillaire est par la même raison plus commun chez la femme; et à cette cause il faut ajouter l'allaitement.

L'étendue du bubon inguinal est en général plus grande que celles des autres. Je ne crois pas qu'on puisse attribuer cette différence à d'autres causes qu'à celles que j'ai déjà indiquées, savoir, la marche, et le peu de soins que prennent les malades. Dans quelques circonstances cependant il paraît qu'une disposition particulière occasionne une inflammation considérable tant des ganglions lymphatiques que du tissu cellulaire : car on voit des malades qui sont affectés de bubons graves, quoiqu'ils apportent dans leur traitement tous les soins désirables. Mais l'on voit plus souvent encore des individus attaqués de bubons peu considérables aggraver leur maladie en négligeant toutes les précautions. Et comme je l'ai déjà dit plus haut, c'est principalement chez la femme que l'on peut faire cette observation. Le bubon maxillaire est celui dont l'étendue est constamment moindre ; ce qui est facile à concevoir d'après les usages des parties dans lesquelles il se développe. Les mouvements de la mâchoire inférieure ne sont jamais assez grands pour produire dans le ganglion ou le tissu cellulaire ambiant une augmentation d'inflammation considérable. Il n'en est pas de même du bubon axillaire. La grande quantité de tissu cellulaire environnant, et les mouvements souvent répétés du membre pectoral sont des raisons pour que l'inflammation du ganglion lymphatique soit augmentée. Aussi voit-on ce bubon acquérir dans quelques circonstances un volume assez considérable. Il est en général plus gros que le maxillaire, mais moins que l'inguinal : cependant il égale quelquefois le volume de ce dernier.

Sous le rapport des terminaisons je ne les comparerai que relativement à la suppuration, à la gangrène et à l'induration. Je ne dirai rien de la résolution admise par tous les praticiens, puisque je ne partage pas leur avis. En effet comme je l'ai fait observer plus haut, jamais le ganglion engorgé à la suite d'infection syphilitique ne revient à son volume et à son élasticité primitifs, il reste constamment plus gros, et offre une rénitence comme squirrheuse. Ce phénomène est commun à tous les bubons. La suppuration très-fréquente dans les bubons inguinaux est rare dans les bubons axillaires, et n'a peut-être été jamais observée dans les bubons maxillaires. J'ai dit qu'elle n'existait pas dans ceux-ci à cause du peu de mouvement des parties et de la petite quantité de tissu

cellulaire. Mais comment se fait-il que l'aisselle contenant beaucoup de tissu cellulaire et que le bras faisant beaucoup de mouvements, la suppuration y soit moins fréquente que dans les bubons inguinaux? c'est que les malades tardent moins à soigner un bubon axillaire qu'un bubon inguinal. Ils ne savent pas qu'ils peuvent avoir un bubon dans l'aisselle, et ils avouent facilement qu'il ont mal dans cette partie du corps. Ils savent tous que l'aine est le siége du bubon, et une fausse honte les empêche d'avouer son existence. Ils attendent jusqu'au dernier moment pour recourir aux secours de l'art : en outre ils se décident plus facilement à laisser le bras en repos qu'à ne pas marcher.

Les raisons qui font que la suppuration est moins fréquente dans le bubon axillaire, font aussi que la gangrène ne s'y présente pas. Le bubon inguinal est seul le siége de cet accident qui dépend plus souvent de l'excès de l'inflammation que de sa malignité. Car si cette dernière cause était fréquemment celle de la gangrène, on l'observerait également dans toutes les parties où se manifeste le bubon : et on ne la rencontre que dans les bubons inguinaux très-enflammés. L'induration est commune à tous les bubons, puisqu'elle est leur terminaison nécessaire, quand il n'y a pas de suppuration. Mais l'espèce d'induration dont j'ai parlé, produite à la fois par l'engorgement du tissu cellulaire et par celui des ganglions n'appartient qu'au bubon inguinal et dépend probablement de l'irritation produite par la marche.

Je finirai tout ce que j'ai à dire sur le bubon, en faisant observer que depuis trois ans que j'ai été conduit à le regarder comme signe pathognomonique de la syphilis, j'ai fait part de mes idées à plusieurs praticiens qui n'ont pas cru devoir être de mon avis ; ils ont pensé que le plus fréquemment les ganglions engorgés revenaient à leur volume primitif, et que si on les trouvait plus gros chez quelques individus, c'était une disposition naturelle. En admettant cette opinion, il n'en serait pas moins certain que mes observations peuvent conduire également à un résultat positif : c'est que le développement d'un bubon, quelque petit qu'il soit, n'est pas l'effet d'une sympathie, mais bien de l'infection syphilitique, et que chez un individu la coïncidence d'une inflammation de l'urèthre et du vagin ou d'un ulcère avec un bubon, prouve qu'il a gagné la syphilis : de là naîtrait encore un grand jour pour le diagnostic.

CHAPITRE II.

INFLAMMATIONS ET ULCÈRES SYPHILITIQUES PRIMITIFS.

Les maladies syphilitiques primitives sont les inflammations et les ulcères. Elles n'attaquent que le système cutané, soit interne, soit externe c'est-à-dire la peau et les membranes. Mais toutes les parties de ce système ne sont pas également susceptibles de contracter la syphilis, et je crois que l'on n'a pas jusqu'à présent indiqué d'une manière bien exacte les différences que l'on observe dans leur siége. Je vais les faire connaître successivement pour les inflammations et les ulcères.

Les inflammations syphilitiques primitives sont le résultat de l'application immédiate du virus syphilitique. Elles ont pour caractère spécial d'être contagieuses et accompagnées de bubons. Elles diffèrent des inflammations syphilitiques consécutives, en ce que celles-ci ne sont pas contagieuses et ne sont pas accompagnées de bubons. Elles diffèrent des inflammations non syphilitiques contagieuses, en ce que celles-ci ne sont pas accompagnées de bubons. Leur symptôme principal est un écoulement de matière puriforme.

L'on a avancé que toutes les membranes muqueuses étaient susceptibles de devenir le siége de ces inflammations. Je pense qu'il n'y a que celles de l'urèthre et du vagin, qui soient affectées d'inflammations syphilitiques primitives. Je ne crois pas que les membranes muqueuses du rectum, de l'œil, du nez et de la bouche en soient attaquées : je ne crois pas que la peau mince qui recouvre le gland et la surface interne du prépuce, ni que celle de la vulve en soient le siége. Quant aux autres membranes muqueuses, elles n'ont jamais été attaquées d'une pareille maladie. L'oreille externe a été regardée comme pouvant être affectée de cette sorte d'inflammation; il suffit, ce me semble, de rappeler que le conduit auditif externe n'est pas tapissé d'une membrane muqueuse, mais bien d'une peau mince, pour faire rejeter totalement cette opinion.

Je me trouve ici en opposition avec tous les praticiens qui ont écrit sur les maladies syphilitiques, et je dois par conséquent discuter ce que j'avance. Je voudrais pouvoir m'étayer de l'anatomie pour prouver s'il y a quelque analogie de structure entre les membranes muqueuses du vagin et de l'urèthre, et quelque différence entre elles et les autres membranes muqueuses; mais je n'ai rien trouvé dans les anatomistes, relativement à ce sujet, et je n'ai rien dans mes travaux qui puisse me faire établir des degrés de ressemblance ou de différence.

La pathologie seule nous sert ici de guide. Les écrivains ont admis les inflammations syphilitiques primitives du rectum, uniquement par analogie, car on ne trouve dans aucun d'eux, des détails sur les symptômes et la marche de ces inflammations; ils ont été trompés par deux maladies, savoir les écoulements consécutifs, et surtout le séjour du pus dans les replis de l'anus. Dans les premiers temps que je me suis occupé des maladies syphilitiques, j'ai cru aussi voir des écoulements primitifs par le

rectum, mais plus tard l'observation m'a prouvé que ces prétendus écoulements n'étaient autre chose que la rétention du pus dans les replis de l'anus, et qu'en écartant avec quelque force les bords de l'orifice du rectum, on y apercevait des ulcérations. Le premier pas fait, il ne s'agissait plus que de savoir si ces ulcérations étaient primitives ou consécutives, et c'est ce que m'a appris la présence ou l'absence des bubons. J'ai surtout été éclairé par trois observations; deux appartiennent à des hommes, et l'autre à une femme. Je faisais alors des recherches sur les bubons, et je voulais m'assurer s'il y avait ou non des bubons d'emblée. Chez les deux hommes je trouvai des bubons, et pas d'ulcères aux organes génitaux, et l'examen de l'anus, dont l'apparence infundibuliforme me portait à croire que ces individus s'étaient livrés à la pédérastie, ne me faisait apercevoir aucun écoulement. L'idée que les bubons d'emblée n'existaient pas, m'engageait à faire chaque jour de nouvelles interrogations aux malades. Enfin pressés par mes demandes, ils m'avouèrent qu'ils avaient un écoulement par l'anus; je fis un nouvel examen de cette partie, et je ne vis rien qui indiquat qu'il y eût un flux par cet orifice. J'écartai ses bords et je les rapprochai alternativement, je vis sortir alors une petite quantité de matière épaisse, jaunâtre, consistante comme du pus. Je dis aux malades de pousser comme s'ils allaient à la selle, et j'aperçus dans le fond des replis de l'anus quelques ulcérations. Les malades ne m'avouèrent pas qu'ils s'étaient adonnés à la pédérastie; mais je fis panser les ulcères avec une mèche enduite de cérat mercuriel, je les fis cautériser; je traitai les bubons selon les règles ordinaires, et en peu de temps, j'ai obtenu une guérison parfaite. La femme était une fille publique, affectée d'un bubon, sans ulcère aux organes génitaux, ni inflammation au vagin, mais avec une ulcération des replis de l'anus, qui, quoique traitée convenablement, fut très-longtemps à guérir.

Ces trois observations très-remarquables pour moi, fixèrent complétement ma manière de voir par la comparaison que j'en fis avec d'autres antérieures et postérieures, et depuis j'ai été à même de vérifier plusieurs fois ce qu'elles m'avaient appris.

La membrane muqueuse de l'œil n'est pas affectée d'inflammation syphilitique primitive, comme je le démontrerai plus bas.

Celle du nez l'a été, dit-on; je ne l'ai jamais vu, aucun écrivain ne le prouve par des faits.

Nulle part on ne parle d'inflammation syphilitique primitive de la membrane muqueuse de la bouche, et cependant tout le monde sait que très-fréquemment la bouche est mise en contact avec les organes génitaux malades.

L'on a avancé et l'on croit encore aujourd'hui que le gland, la face interne du prépuce, et la vulve, sont le siége des inflammations syphilitiques primitives, et l'on a donné le nom de balanite syphilitique à la maladie que l'on a crue être une inflammation du gland et du prépuce. J'ai partagé cette erreur pendant un temps; mais je l'ai reconnue. Très-souvent le gland et le prépuce participent à l'inflammation qui accompagne les ulcères ou les inflammations syphilitiques primitifs. Alors s'il n'y a pas d'ulcérations sur ces parties, il y a seulement un peu d'augmentation dans la sécrétion des follicules de la base du gland, et la matière que l'on voit couler de l'orifice du prépuce tuméfié vient de l'urèthre, dont l'inflammation toujours très-considérable dans les cas de ce genre, a occasionné celle du gland et du prépuce. La preuve de ce que j'avance se trouve dans la cessation de tout écoulement par les follicules dès que des soins de propreté sont mis en usage, ou dès que le prépuce tuméfié peut être retiré en arrière, comme cela arrive chez les individus sains qui ont habituellement une sécrétion abondante de ces follicules. S'il y a des ulcères sur le gland et le prépuce, celui-ci est ordinairement tuméfié, et le pus des ulcères sort par son orifice; mais dès qu'on les soigne convenablement, l'abondance du pus est moindre; et quand on peut reporter le prépuce en arrière, on voit qu'il n'y a que les ulcères qui donnent du pus, et que les follicules du gland ne sont pas enflammés. L'on pourrait avoir quelques doutes pour les cas où la surface du gland est rouge et enflammée, si on ne savait pas qu'il n'y a pas de follicules sébacés sur cette partie, qu'il n'en existe qu'à sa couronne, si l'on ne voyait qu'alors sa surface est ulcérée et excoriée comme je le dirai en parlant des ulcères.

Quant aux autres membranes muqueuses, comme celle du tube digestif, etc., elles ne peuvent jamais être attaquées d'inflammation syphilitique primitive; les faits cités par Hunter, et ceux rapportés par les écrits périodiques en sont la preuve.

Les ulcères syphilitiques primitifs sont le résultat de l'inflammation ulcérative récente de la peau, produite par l'application immédiate du virus syphilitique. Ils ont pour caractère spécial d'être contagieux et accompagnés de bubons. Ils diffèrent des ulcères syphilitiques consécutifs en ce que ceux-ci ne sont pas contagieux, et ne sont pas accompagnés de bubons; ils diffèrent des ulcères non syphilitiques en ce que ceux-ci ne sont pas accompagnés de bubons.

Toutes les parties de la peau ne sont pas également susceptibles de devenir le siége des ulcères. Cette membrane est recouverte à toute sa surface d'un épiderme qui offre une épaisseur et une consistance variables. Là où cet épiderme offre de la consistance et de l'épaisseur et est parfaitement intact, la contagion ne peut avoir lieu que si l'épiderme est enlevé; là où il est très-mince et surtout là où il présente de la mollesse et une analogie avec les membranes muqueuses, la con-

tagion peut avoir lieu, l'épiderme étant parfaitement intact.

Les membranes muqueuses ne peuvent pas être le siége des ulcères syphilitiques primitifs ; elles ne peuvent être le siége que d'ulcères syphilitiques consécutifs. Il est bien important de s'entendre sur le mot de membrane muqueuse, pour éviter toute erreur ; et comme une définition générale pourrait occasionner des difficultés dans l'application, je vais indiquer les parties où l'on observe les ulcères syphilitiques primitifs, et celles où on ne les voit pas. La membrane qui tapisse le gland, les lèvres de l'orifice de l'urèthre, la face interne du prépuce, la face interne des grandes lèvres, les deux faces et le bord libre des petites lèvres, les caroncules myrtiformes ; celle qui recouvre les lèvres de la bouche sur leur bord libre et leur face interne, la face externe des gencives, l'orifice de l'anus et ses replis, et enfin celle du mamelon, ne sont pas des membranes muqueuses, mais une continuation de la peau, dont la structure offre des différences très-grandes, tant avec ces membranes qu'avec le reste de la peau. Ce sont les seules parties où la peau saine peut être attaquée d'ulcères syphilitiques primitifs. La membrane de l'urèthre, celle du vagin, celle de la bouche, celle de la langue, celle du rectum, celle du nez, de l'œil, et à plus forte raison celle des organes situés plus profondément, ne sont jamais affectées d'ulcères syphilitiques primitifs, quoique plusieurs de ces membranes soient très-fréquemment mises en contact avec des organes malades. L'on pourrait me faire une seule objection, c'est que dans quelques cas on trouve des chancres à l'entrée de l'urèthre. La raison est simple, l'orifice de l'urèthre offre deux petites lèvres, couvertes d'un épiderme, comme la surface du gland, et c'est sur ces lèvres que les chancres ont leur siége, et non sur la membrane qui tapisse l'intérieur du canal.

Swédiaur avait déjà fait la même observation que moi, relativement au siége des ulcères syphilitiques primitifs, seulement son explication diffère. Il pense que sur les surfaces où il se fait une grande sécrétion de mucus, les chancres ne peuvent pas se manifester, parce que le mucus délayant le virus en affaiblit l'âcreté et défend les parties de son action. Je crois cette explication fausse, et je pense que la structure seule de la partie s'oppose à la contagion.

L'on a émis dans ces derniers temps l'opinion que les ulcères syphilitiques primitifs étaient le résultat de l'absorption du virus syphilitique par les follicules de la peau. Je ne partage pas cette opinion, parce que s'il en était ainsi, il ne devrait y en avoir que là où l'on trouve un follicule sébacé ; or l'expérience prouve le contraire. La surface du gland, le bord libre du prépuce, n'ont pas de follicules, et sont fréquemment le siége d'ulcères syphilitiques primitifs. D'ailleurs s'ils avaient leur siége dans les follicules, ils devraient se développer partout où on en trouve sur la peau : ce qui n'est pas.

ARTICLE I.

Inflammations syphilitiques primitives.

Les inflammations syphilitiques primitives ne paraissent ordinairement que quelques jours après que le contact a eu lieu, et on appelle l'intervalle de temps qui s'écoule entre le moment de l'application du virus et celui de l'apparition de l'écoulement, période d'incubation. Elle est, dans le plus grand nombre des cas, de deux à huit jours. On a dit qu'elle pouvait être plus longue : mais dans ces cas extraordinaires, il y a toujours quelque circonstance qui peut faire douter que le malade ait dit la vérité.

Elles s'annoncent par quelques phénomènes variables suivant la partie affectée, et surtout par l'apparition d'un écoulement purulent.

La matière, d'abord claire, blanchâtre et transparente, devient ensuite d'un jaune verdâtre, pour prendre vers le déclin de la maladie une couleur blanchâtre opaque. On a cru trouver dans l'intensité de cette couleur jaune verdâtre un moyen de parvenir à établir le diagnostic dans les cas douteux : mais cette couleur est celle de l'écoulement dans toutes les inflammations fortes des membranes muqueuses, comme on le voit dans le coryza, dans les ophthalmies, dans les uréthrites non contagieuses produites par la présence d'une sonde, et n'est pas un caractère propre à faire distinguer un écoulement contagieux.

Les inflammations syphilitiques primitives sont accompagnées de l'engorgement inflammatoire des ganglions lymphatiques, dans lesquels se rendent les vaisseaux lymphatiques de la membrane enflammée. Cet engorgement des ganglions lymphatiques, observé par tous les praticiens, a été rapporté par eux à la sympathie. Cependant John Hunter pense « qu'il y a certains gonflements » des ganglions lymphatiques, qui sont occasionnés » par l'absorption d'une pareille matière lors de » la gonorrhée, et qui, par conséquent, sont vé- » nériens. » Cette opinion du chirurgien anglais, a été adoptée généralement pendant un temps : on a pensé comme lui que quelquefois le bubon était vénérien, mais que le plus souvent il était sympathique ; et aujourd'hui c'est uniquement à la sympathie, que l'on rapporte les bubons de la première espèce qui se développent pendant le cours d'une inflammation syphilitique primitive. Il n'y a que dans les cas de suppuration que l'on considère l'engorgement des ganglions lymphatiques, comme syphilique. Ce que j'ai dit sur les bubons en général, me semble suffisant pour modifier à cet égard les opinions des hommes de l'art, et je n'y reviendrai pas.

La durée des inflammations syphilitiques, pri-

mitives est de quatre à six septenaires, quand elles sont convenablement traitées. Si on les abandonne à elles-mêmes, elles passent à l'état chronique, et il devient impossible de fixer leur durée.

Elles n'offrent rien de grave dans leur cours : mais leurs conséquences sont quelquefois très-fâcheuses.

Les inflammations syphilitiques primitives n'appartenant suivant moi qu'à l'urèthre et au vagin, je ne dois les étudier que dans ces deux organes. On leur a donné différents noms : on les a appelées Gonorrhées, Blennorrhagies, Blennorrhées, Chaudepisses. Nous les distinguerons par les noms d'Uréthrite, chez l'homme, et de Vaginite, chez la femme.

§. 1.

Uréthrite.

L'uréthrite s'annonce par une démangeaison et une titillation à l'extrémité de l'urèthre qui s'étendent quelquefois sur tout le gland, et par des dardements dans le canal, qui sont pour l'homme qui a déjà été plusieurs fois affecté de cette inflammation un signe de son apparition prochaine : quelques malades les comparent à une étincelle électrique. Les lèvres de l'orifice de l'urèthre sont d'abord collées et agglutinées ; puis elles se tuméfient, deviennent rouges, lisses, transparentes : chez quelques individus elles sont tellement grosses qu'elles paraissent surajoutées au gland. Celui-ci devient quelquefois entièrement rouge. Le liquide qui sort de l'urèthre est d'abord blanchâtre, clair, peu épais et peu abondant : il prend ensuite une couleur jaune-verdâtre, il devient plus consistant et plus abondant, et il fait sur le linge des taches de même couleur que lui, plus foncées au centre qu'à la circonférence, et qu'on ne peut pas enlever par le frottement. Sa quantité est très-variable : ordinairement il ne sort que par gouttes, mais quelquefois elles se suivent si rapidement que le jet est presque continu. L'excrétion de l'urine et les érections sont douloureuses, et le degré de souffrance du malade est en raison de l'intensité de l'inflammation. La douleur sera d'autant plus forte que l'urine sera épaisse et par conséquent plus chargée de sels. Dans quelques cas elle sort goutte à goutte ; son jet n'est pas ordinairement changé : ce n'est que dans les uréthrites très-fortes qu'il est altéré. Les érections sont désagréables tout à la fois par la douleur qu'elles occasionnent et par leur fréquence qui dépend de l'irritation de l'urèthre. A mesure que l'inflammation diminue d'intensité, l'écoulement diminue aussi : il change de couleur, et devient blanchâtre. Cette différence dans la couleur de l'écoulement est très-importante, parce que c'est alors qu'on peut avoir recours aux moyens propres à l'arrêter, sans qu'une métastase soit à craindre, et sans que les malades soient exposés à voir se manifester un nouvel écoulement dès qu'ils approchent d'une femme.

Quelques symptômes généraux, tels que des malaises, la fièvre, l'anorexie, accompagnent le développement de l'uréthrite.

Cette maladie ne présente pas toujours le caractère de bénignité que je viens d'indiquer. Elle peut être accompagnée d'une fièvre intense, de douleurs très-vives à la verge, au périnée, dans les aines, les lombes, les testicules, et dans l'excrétion de l'urine avec diminution de grosseur du jet, qui peut être aussi bifurqué ou en vrille. Dans ces cas les érections sont très-douloureuses ; la verge reste courbée en bas, parce que la tuméfaction des parois de l'urèthre et leur engorgement par le sang ne permettent pas leur distension. L'on a nommé cette variété, uréthrite cordée : souvent alors l'érection est suivie d'un écoulement de sang, par suite de la déchirure des parois de l'urèthre. La suppuration est très-abondante, le prépuce est tuméfié, et il y a phymosis accidentel. La surface du gland est quelquefois excoriée et suppurante. Dans quelques cas le prépuce est très-enflammé : il acquiert un volume double ou triple de celui qu'il a naturellement.

L'engorgement des ganglions lymphatiques se manifeste ordinairement dans le premier septenaire. Il est en général peu volumineux, mais presque toujours assez douloureux pour que les malades le remarquent. Rarement le bubon suppure.

L'uréthrite se termine constamment par la suppuration. Des praticiens ont admis une uréthrite sèche. Ils ont pensé que l'urèthre était dans ces cas enflammé, comme la peau dans l'érysipèle, et que tous les symptômes de l'uréthrite ordinaire existaient, excepté la suppuration. Je n'en ai jamais vu et je ne pense pas que d'autres praticiens en aient observé ; mais j'ai rencontré chez plusieurs individus, qui avaient eu une uréthrite, des névralgies de l'urèthre qui duraient longtemps après la disparition de son inflammation.

La durée de l'uréthrite est de quatre à six septenaires, si le malade suit un régime convenable. La suppuration diminue peu à peu ; elle devient, comme je l'ai dit, blanchâtre, et elle s'arrête d'elle-même ou on l'arrête aisément au moyen de quelques médicaments. Mais si le malade ne veut pas s'astreindre à un régime convenable, s'il voit des femmes, comme cela ne s'observe que trop souvent, la maladie passe à l'état chronique, et elle se perpétue pendant plusieurs mois.

La marche de l'uréthrite n'est pas toujours telle que je viens de l'indiquer. Il arrive quelquefois que des malades n'ayant éprouvé aucune douleur dans l'urèthre aperçoivent tout à coup par ce canal une suppuration vert-jaunâtre, qui cesse comme elle a commencé. Chez d'autres, elle change de couleur au bout d'un certain espace de temps, elle persiste, et le malade voit sortir par l'urèthre, sur-

tout le matin, une goutte ou deux d'un liquide blanchâtre, sans que pour cela il éprouve la moindre douleur dans ce conduit ni en urinant, ni pendant l'érection.

Le diagnostic de l'uréthrite est facile. Il coule par l'urèthre un fluide puriforme, et le malade souffre en urinant. Si le fluide ne coule pas seul, on le fait sortir sans peine en pressant l'urèthre soit au niveau de la fosse naviculaire, soit plus bas. Lorsque le prépuce est très-tuméfié et qu'il y a phymosis, on peut avoir de la peine à indiquer la source de l'écoulement, et à reconnaître s'il vient de l'urèthre, ou du gland, ou de la face interne du prépuce, ou d'ulcères situés sur ces parties. Cependant on peut éclairer le diagnostic en ayant égard aux douleurs que ressent le malade en urinant.

Le pronostic de l'uréthrite n'est pas grave en général, quant au moment présent; mais quant à l'avenir, il n'en est pas de même. Cette inflammation expose tous ceux qui en sont attaqués au rétrécissement de l'urèthre, maladie toujours très-fâcheuse, et aux maladies syphilitiques consécutives, qui peuvent être plus ou moins redoutables suivant leur siége.

Lorsque pendant le cours d'une uréthrite, il survient une autre inflammation, l'uréthrite peut s'arrêter spontanément et ne pas revenir. J'ai vu une fois l'uréthrite cesser complétement pendant le cours d'une scarlatine; une autre fois pendant celui d'un érysipèle, et la maladie n'a pas reparu. La même chose s'observe aussi quelquefois pendant l'inflammation du testicule, et l'ophthalmie, dite blennorrhagique. Le plus souvent ces deux inflammations marchent en rapport inverse; dans quelques cas elle alternent.

L'uréthrite passe très-fréquemment à l'état chronique à cause du peu de soins que prennent les malades, et de la vie irrégulière qu'ils mènent. La durée de l'inflammation occasionne un relâchement de la membrane muqueuse de l'urèthre, qui devient alors la cause de la chronicité de la maladie. Cette urèthrite chronique mérite toute l'attention du praticien; car si dans ce cas on avait recours aux antiphlogistiques, loin de diminuer la maladie, on l'aggraverait: il faut donc apporter un grand soin dans son diagnostic. Elle se présente sous plusieurs formes. La plus commune est quand l'uréthrite a été mal traitée, et s'est perpétuée pendant plusieurs mois. L'écoulement est devenu blanc, et il est habituel. Cette forme n'est plus contagieuse.

En second lieu nous placerons les uréthrites qui reviennent dès que le malade fait un excès quelconque soit avec les femmes, soit en aliments et surtout en boissons excitantes.

La troisième forme est celle dans laquelle l'urèthrite survient sans cause connue, même sans que le malade ait vu de femmes.

Dans ces dernières formes l'écoulement est tantôt verdâtre et jaunâtre, tantôt blanc, tantôt il est contagieux, tantôt il ne l'est pas, sans qu'on puisse assigner la cause de cette différence. Le plus ordinairement cependant il ne se communique pas.

L'uréthrite a-t-elle son siége dans tout l'urèthre ou seulement dans une partie de la longueur de ce canal? Le plus grand nombre des praticiens est de ce dernier avis, et ils se fondent sur les observations de John Hunter, et sur ce que démontrent les ouvertures des cadavres des individus morts avec une inflammation de l'urèthre. Dès l'année 1753, John Hunter eut occasion d'examiner les urèthres de deux condamnés morts avec une urèthrite, et il ne trouva aucune ulcération, mais seulement de la rougeur vers le gland. Plus tard de semblables recherches lui firent trouver les urèthres enflammés dans le même état; seulement il y avait un peu de pus dans les lacunes de ce canal. Morgagni, qui a vu un grand nombre d'urèthres enflammés, n'y a jamais trouvé d'ulcères; mais seulement de la rougeur. Les praticiens de l'époque actuelle pensent qu'il n'y a pas d'ulcérations dans l'urèthre, mais uniquement de la rougeur comme dans toutes les inflammations des membranes muqueuses; mais ils croient aussi avec Hunter que la partie antérieure de l'urèthre est seule malade, et que la fosse naviculaire surtout est enflammée; et ils se fondent sur ce que la douleur que ressent le malade a son siége à la partie antérieure de la verge, sur ce que l'on fait sortir le liquide purulent en pressant cette partie, et sur ce que, dans l'examen des corps, on ne trouve de rougeur que dans cet endroit. Mais si l'on fait attention que les rétrécissements de l'urèthre ont leur siége dans tous les points de la longueur de ce canal, on doit convenir que l'inflammation se propage dans toute son étendue. Si la douleur se fait sentir à la partie antérieure de l'urèthre vers le gland, c'est par sympathie comme dans les cas de calculs vésicaux, etc. Si la pression de la partie antérieure de l'urèthre fait sortir plus de matière purulente que celle de sa partie postérieure, c'est que le pus s'y amasse par son propre poids, et par la facilité qu'il trouve à s'y loger à cause de la largeur plus grande du canal, et surtout de la fosse naviculaire. Si après la mort pendant l'existence d'une uréthrite, on ne trouve réellement de la rougeur que dans la partie antérieure de l'urèthre, comme l'ont vu Hunter et Morgagni, et comme je l'ai vu moi-même chez un jeune homme mort d'une péritonite pendant le cours de l'inflammation de l'urèthre, c'est un phénomène cadavérique plus qu'un phénomène morbide. Chez ce jeune homme l'urèthre était rouge à sa partie antérieure seulement dans une étendue d'un pouce et demi, et la rougeur était d'autant plus intense qu'on s'approchait plus de la fosse naviculaire: le reste du canal était dans l'état naturel. Pendant les 24 ou 30 heures qui s'étaient écoulées entre le moment de la mort et celui de l'ouverture du cadavre, la verge était restée pendante, et j'ai remarqué que c'était dans la partie

qui se trouve au-devant du pubis, et par conséquent dans la partie pendante qu'existait cette rougeur, ce qui m'a porté à croire qu'elle était un effet de la pesanteur des liquides qui s'accumulent dans la partie la plus déclive. Cette rougeur était uniforme comme celle qui résulte de la stase du sang : elle n'était pas par stries, par arborisation, comme les rougeurs inflammatoires des membranes muqueuses. Je pense qu'il faudrait, pour bien résoudre cette question, que, dans les cas où des individus affectés d'uréthrite meurent, on relevât la verge sur le ventre et qu'on la maintînt dans cette position jusqu'à l'examen de l'urèthre. Peut-être alors trouverait-on toute la membrane de l'urèthre rouge. Ou bien il faudrait examiner un urèthre affecté d'une inflammation chronique durant depuis 6, 7 ou 8 mois.

M. Cullerier, qui dit n'avoir eu dans une pratique de vingt ans qu'une seule fois l'occasion d'examiner un urèthre affecté d'inflammation récente, a observé un phénomène qui vient à l'appui de ce que j'ai avancé. Il a trouvé une vive rougeur avec injection vasculaire dans la fosse naviculaire, d'où partaient des lignes rouges qui se prolongeaient dans la partie moyenne du canal, et allaient rejoindre des prolongements analogues partant d'une autre plaque rouge qui en occupait la partie membraneuse.

§. 2.

Vaginite.

Quoique j'aie exposé plus haut les motifs qui m'ont engagé à choisir cette dénomination, je dois y revenir ici parce que tous les praticiens ne partagent pas mon opinion. Le vagin est le seul des organes génitaux de la femme qui soit affecté dans les inflammations syphilitiques primitives : l'urèthre, qui chez elle ne fait pas une partie essentielle des organes de la génération, comme chez l'homme, participe à cette inflammation dans tous les cas, de sorte que pour être exact, on devrait nommer cette affection, urètro-vaginite. Cependant comme c'est dans le vagin que se passent les principaux phénomènes, à cause de sa grande surface, et que l'inflammation de l'urèthre ne s'observe que dans les premiers moments, j'ai préféré le nom de vaginite. Depuis longtemps les praticiens avaient remarqué que dans les écoulements syphilitiques par la vulve, l'urèthre donnait aussi issue à de la matière purulente, mais ils n'avaient pas noté ce phénomène comme constant. On est revenu dans ces derniers temps à cette opinion, qui est très-juste. Il est impossible d'ailleurs de ne pas admettre l'inflammation de l'urethre comme accompagnant toujours celle du vagin, quand on fait attention au siége de la vaginite. En effet, celle-ci commence à l'espèce de cercle formé à la vulve par le bord adhérent des petites lèvres, et par les caroncules myrtiformes, et elle s'étend jusqu'au fond du vagin, Or l'urèthre est en arrière de ce cercle, immédiatement au-dessus de la saillie que forme la paroi antérieure du vagin, il doit donc participer à l'inflammation de cette saillie, avec la membrane muqueuse, de laquelle la sienne est continue.

Les organes génitaux externes ne participent pas toujours à la vaginite, et nous trouvons ici une grande analogie avec l'uréthrite : dans celle-ci, le gland et le prépuce sont plus ou moins enflammés, et souvent ne le sont nullement ; de même dans celle-là, les grandes et les petites lèvres sont plus ou moins enflammées, et souvent ne le sont pas.

La vaginite s'annonce par la sécheresse du vagin et des organes génitaux externes, et par un sentiment de cuisson dans ces parties. Il peut paraître étonnant que je parle ici de la sécheresse des organes génitaux externes, puisque je n'admets pas qu'en général ils participent à l'inflammation syphilitique du vagin : quelques réflexions suffiront pour ramener à mon opinion. Dans l'état sain, la sécrétion des follicules sébacés des organes génitaux externes, et celle des cryptes muqueux du vagin sont peu abondantes, et il n'y a aucun écoulement par l'utérus, aussi trouve-t-on ces parties peu mouillées. Il s'y fait simplement un amas de matière blanchâtre, qui, pour la vulve, est semblable à celle que l'on trouve sous le prépuce, et pour le vagin, est un peu moins consistante. Les lotions journalières enlèvent ces matières sébacées et muqueuses. Si la femme malpropre les laisse séjourner, elles produisent de l'irritation, et leur sécrétion augmentant, il peut en résulter un léger écoulement, comme on voit chez les hommes peu soigneux la matière sébacée du prépuce et du gland, amassée entre ces parties, donner lieu à un écoulement que l'on a nommé gonorrhée bâtarde, et dont je n'ai pas parlé, parce qu'il n'appartient pas aux écoulements syphilitiques. Si une affection quelconque de l'utérus ou du vagin occasionne une sécrétion abondante dans l'un ou l'autre de ces organes, ou dans les deux à la fois, les parties génitales externes sont mouillées plus ou moins en raison de l'abondance de l'écoulement. Si par une cause contraire, les sécrétions du vagin et de l'utérus sont arrêtées, les parties génitales externes sont à peine humectées, puisqu'il n'y a plus que la sécrétion de leurs follicules sébacés. Quand le vagin est enflammé, il doit y avoir un peu d'inflammation à ces parties qui sont continues avec lui, comme on voit le gland et le prépuce être enflammés dans quelques cas d'uréthrite. On conçoit d'après cela que la sécheresse du vagin et la cuisson produites par la vaginite commençante s'étendent aux organes génitaux externes. Ces deux symptômes sont tellement marqués, que les hommes qui voient des femmes pendant la période d'incubation de la va-

ginite, s'aperçoivent de la sécheresse du vagin et de la douleur que la femme éprouve. La turgescence des parois du vagin diminue le diamètre de ce canal. L'excrétion de l'urine est ordinairement douloureuse, parce que se répandant sur l'orifice du vagin, elle augmente l'inflammation de ces parties. Au bout de deux à huit jours, ces différents organes s'humectent, et il paraît un écoulement d'abord blanchâtre et peu abondant, qui augmente et qui prend une couleur jaune verdâtre, faisant sur le linge, comme celui de l'uréthrite, des taches jaunes verdâtres plus foncées dans le milieu qu'à la circonférence. A mesure que l'écoulement se manifeste, les douleurs en urinant diminuent. Si l'on examine les parties génitales aux différentes périodes, on trouve pendant celle de l'incubation, que les orifices du vagin et de l'urèthre sont rouges, secs et tuméfiés, et qu'ils offrent, comme toutes les parties enflammées, une augmentation de chaleur. Si l'on veut introduire le doigt dans le vagin, la malade éprouve une douleur excessive. Pendant la période de suppuration, l'examen des parties génitales externes fait apercevoir la matière de l'écoulement couvrant ces parties en quantité plus ou moins grande, et quelquefois desséchée sur le bord libre des grandes lèvres, surtout chez les femmes malpropres, et en écartant ces parties, on voit l'orifice du vagin et celui de l'urèthre moins tuméfiés et moins rouges, mais couverts de la matière de l'écoulement, et les plis qu'ils présentent remplis de cette matière. Si l'on introduit le doigt dans le vagin, la pression qu'il exerce sur l'urèthre, fait sortir par ce canal une petite quantité de matière purulente, et l'on sent que l'intérieur du vagin est mouillé. La douleur qui résulte de cette introduction, varie en raison du degré d'inflammation. Tant que la vaginite persiste à l'état aigu, l'écoulement conserve une couleur jaune verdâtre ; mais à mesure qu'elle diminue d'intensité, il perd cette couleur pour devenir blanchâtre.

La durée de la vaginite, convenablement traitée, est de quatre à six septenaires : mais si les malades la négligent, elle passe à l'état chronique et peut se perpétuer pendant plusieurs mois. De même que l'uréthrite, elle peut cesser d'être contagieuse.

La vaginite est accompagnée de l'engorgement plus ou moins considérable des ganglions lymphatiques de l'aine. Je ne répéterai pas ce que j'ai dit sur les bubons inguinaux. La théorie que j'ai exposée trouve ici son application.

Fréquemment la vaginite est accompagnée de douleurs dans les lombes. Elles sont produites, je crois, par la propagation de l'inflammation aux ganglions lymphatiques lombaires, qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques de la partie supérieure du vagin. Dans les cas de vaginite, qui, à ma connaissance, ont été examinés après la mort, les ganglions lombaires n'ont pas été l'objet des recherches des personnes qui ont fait l'autopsie du corps.

Pendant longtemps le diagnostic de la vaginite a été très-difficile sous le double rapport de la nature syphilitique de la maladie et de son siége. Aujourd'hui l'un et l'autre point est éclairé. On reconnaît la nature syphilitique à l'engorgement des ganglions lymphatiques. On reconnaît le siége par l'emploi de l'instrument connu sous le nom de *Speculum uteri*. L'on peut juger très-aisément si l'écoulement vient des parois du vagin ou de l'utérus. Autrefois, l'on avait recours à différents symptômes concomitants pour éclairer son diagnostic : ainsi les uns avaient égard à l'état de sécheresse et de rougeur des organes génitaux dans le principe de l'écoulement et à la cuisson que les femmes éprouvent en urinant ; les autres s'en rapportaient à la couleur, à la consistance et à l'abondance de l'écoulement ; d'autres enfin à l'époque de la journée, dans laquelle il était le plus abondant. Mais tous ces moyens étaient défectueux. En effet, toutes les femmes affectées de vaginites syphilitiques n'ont pas rougeur, sécheresse des parties génitales, ou douleur en urinant ; et l'écoulement survient et persiste sans être précédé ni accompagné d'aucun des symptômes que j'ai indiqués. La couleur, la consistance et l'abondance du fluide qui sort par la vulve ne servent aucunement à baser le diagnostic, car l'on voit les écoulements du vagin et ceux de l'utérus se présenter à la vulve avec les mêmes phénomènes relatifs à ces caractères. La consistance peut bien servir à établir le diagnostic, mais dans le vagin seulement et non à la vulve.

L'époque de la journée à laquelle l'écoulement a lieu, ne peut guère plus que les moyens précédents, faire distinguer la vaginite de la leucorrhée. Le raisonnement des praticiens qui se servaient de ce moyen de diagnostic était le suivant. Si l'écoulement vient du vagin, comme ce conduit aboutit à la vulve, le fluide coulera même pendant que la femme est couchée : si l'écoulement vient de l'utérus, le fluide s'amassera dans le vagin, et si la femme est couchée, il restera dans la partie supérieure de ce canal, et ne sortira que lorsque la femme se lèvera. On conçoit sans peine combien ce raisonnement est faux : car le fluide doit sortir plus ou moins aisément quand la femme est couchée en raison de son abondance. Le seul moyen que nous ayons pour faire connaître la source de l'écoulement est le spéculum ; et pour que l'on puisse juger des avantages de son emploi, je vais dire tout ce qu'il m'a appris à observer sur le siége, la consistance et la couleur des écoulements.

Dans le principe de la maladie, lorsque l'inflammation est très-intense, son emploi est impossible, puisque la tuméfaction des parties est telle que l'introduction même du doigt ne peut avoir lieu. Il faut donc attendre que cette inflammation

soit dissipée pour avoir recours à son usage. Chez quelques malades on ne trouve pas cette inflammation intense, mais seulement à la base des caroncules myrtiformes des rougeurs qui empêchent son emploi. Lorsque l'état des parties extérieures le permet, voici ce qu'on observe à mesure qu'il pénètre. Dans les vaginites, on trouve les parois du vagin rouges, tuméfiées, comme grenues; on ramasse avec le spéculum un fluide jaunâtre, puriforme, qui paraît sortir des saillies qu'offre le vagin, et qui ne sont autre chose que les cryptes muqueux enflammés. Parvenu au fond de ce canal, la cavité de l'instrument contient le liquide qu'il a enlevé de la surface des parois vaginales, et on en voit tout autour du col de l'utérus, principalement en bas. Ce dernier organe est quelquefois sain, quelquefois il participe à l'inflammation : d'autres fois il présente une excoriation. Dans la leucorrhée, on trouve les parois du vagin blanchâtres, sans tuméfaction ni saillies rouges : le spéculum, en pénétrant dans le canal, ne ramasse pas le fluide puriforme : si l'écoulement est abondant, la cavité de l'instrument renferme un fluide albumineux, transparent, diversement coloré en blanc, en jaune ou en jaune verdâtre. Quand le spéculum est parvenu au fond du vagin, l'œil aperçoit le col utérin de la cavité duquel découle quelquefois le liquide dont j'ai parlé; et si au moyen d'un pinceau de charpie on veut tirer au dehors ce liquide, il est dans quelques cas si adhérent à la cavité du col utérin qu'on ne peut y parvenir, et quand on est assez heureux pour réussir, on le trouve filant comme l'albumine.

Il est facile, d'après ce que je viens de dire, de distinguer le fluide produit de la vaginite, et le fluide produit de la leucorrhée. Mais on ne peut dire si ce dernier a des propriétés contagieuses ou non. La couleur ne prouve rien. Lorsqu'il y a à la fois leucorrhée et vaginite, on distingue le mélange des deux fluides, et on voit dans le fluide albumineux de la leucorrhée des stries jaunâtres et opaques.

L'on sait que le vagin a des cryptes muqueux qui fournissent, dans l'état sain, une sécrétion peu abondante. Le mucus forme alors de petits grumeaux blanchâtres, semblables à ceux du lait caillé, et il arrive souvent, quand les femmes ne sont pas bien lavées, qu'on ramasse avec le spéculum, ces grumeaux mêlés au fluide leucorrhoïque coloré, au milieu duquel leur blancheur les fait reconnaître.

La couleur jaunâtre du fluide fourni par le catarrhe utérin ne persiste pas chez les femmes qui se font traiter localement; elle disparaît et l'écoulement devient totalement blanc et transparent comme de l'eau de gomme, ou du blanc d'œuf. Cette transparence est si remarquable chez quelques femmes, qu'en écartant les lèvres de la vulve, on la reconnaît en voyant le fluide qui recouvre les parties génitales externes.

Les différences que je viens d'indiquer servent beaucoup à faire distinguer la source des écoulements par les organes génitaux de la femme, mais ils ne peuvent nullement servir à faire diagnostiquer sa cause. Il faut donc avoir recours à d'autres moyens. Le seul qui puisse guider le praticien est l'existence des bubons. En parlant de ces tumeurs, j'ai exposé sur quelles raisons je me fondais pour les regarder comme signe pathognomonique de la syphilis : or si l'écoulement est accompagné de leur présence, on peut avancer qu'il est syphilitique et cela pour les vaginites comme pour les uréthrites.

J'ai dit que l'on trouvait quelquefois des excoriations au col de l'utérus. Ce nom convient mieux que celui d'ulcération que donnent quelques praticiens. Une ulcération suppose une altération plus ou moins profonde dans les tissus : une excoriation au contraire, suppose seulement l'ablation de l'épiderme, et c'est ce qu'on voit au col de l'utérus. Chez quelques femmes il y a bien des fongosités saignantes qui peuvent faire croire à une ulcération, mais la promptitude de la guérison, et l'absence d'une cicatrice sensible doivent éloigner de cette opinion. Des excoriations ont une grandeur variable : elles ont leur siége aux deux lèvres du col ou à une seule lèvre : elles sont arrondies, et placées vers le sommet : je n'en ai pas vu à l'union du vagin et du col. Elles existent souvent avec la leucorrhée, quelquefois avec la vaginite, et très-rarement seules. Chez les unes elles se guérissent très-promptement; chez les autres elles sont très-longues à guérir. Le col de l'utérus offre aussi des différences dans son volume et dans sa forme. Mais je n'ai remarqué aucun rapport entre ces altérations et les écoulements. Dans un très-grand nombre de cas on trouve des rougeurs au col. Quelquefois elles sont le résultat de la compression exercée par le spéculum, ce qu'on reconnaît aisément parcequ'on fait varier l'intensité de ces rougeurs en raison du degré de la compression. D'autres fois elles sont totalement indépendantes de cette pression. Ces rougeurs sont insignifiantes. Il faut prendre garde aussi de s'en laisser imposer par le reflet du spéculum.

Ce que je viens de dire relativement aux symptômes et au diagnostic doit s'appliquer au plus grand nombre des vaginites. Néanmoins cette maladie offre dans ses symptômes quelques différences, qui en apportent également dans le diagnostic. La vaginite occupe toute l'étendue du vagin, et elle persiste ainsi pendant toute sa durée, à moins que la femme n'emploie un traitement local, qui guérit la partie la plus externe du vagin, et laisse malade la partie profonde. On voit cela surtout chez les filles publiques et les femmes galantes. Les premières, pour tromper les médecins chargés de leur surveillance; les secondes pour tromper leurs amants souvent renouvelés, lavent

les parties génitales externes avec des liquides astringents, et elles introduisent dans le vagin leurs doigts couverts d'un linge imbibé de ces liquides : quelques-unes font des injections. Mais ni l'un ni l'autre de ces moyens ne permet au médicament de pénétrer jusqu'au fond du vagin, de sorte que l'inflammation en quelque sorte refoulée dans le cul-de-sac de ce canal, n'attaque plus que ce cul-de-sac, et quelquefois le col de l'utérus. L'examen des parties génitales externes et de l'entrée du vagin fait croire à un état sain, tandis que l'examen avec le spéculum fait découvrir une maladie cachée. J'ai eu très-souvent occasion d'observer cette supercherie. On peut quelquefois la reconnaître au premier aspect, parce que la couleur des parties vues n'est pas naturelle; elle est semblable à celle des lèvres de la bouche touchées par une boisson très-vinaigrée ou rendue astringente ; on croit voir un fond rose sous une couche blanche transparente : et parce que les parties ne sont pas couvertes de ce mucus qu'on observe chez toute femme saine et bien portante. Mais lorsqu'on introduit le spéculum, on trouve la partie profonde du vagin rouge et fournissant une sécrétion mucoso-purulente semblable à celle dont j'ai parlé plus haut. Quelquefois le col utérin est dans l'état naturel : ce cas est rare; le plus souvent, il est tuméfié, excorié, et saignant. Les femmes prétendent que ce sont des flueurs blanches: mais en supposant qu'il en existe, on les distinguera sans peine. Le fluide qui sort de l'utérus est filant, albumineux et diversement coloré, tandis que celui fourni par le vagin est purulent, et forme des stries opaques qui ne sont pas mêlées avec le premier, et qu'il est facile de reconnaître.

L'anatomie pathologique de la vaginite peut-être étudiée très-aisément sur le vivant, l'emploi du spéculum permettant de voir le vagin dans toute son étendue. Aussi la connaît-on mieux que celle de l'uréthrite. Quand le vagin et l'urèthre sont seuls malades, on n'aperçoit rien à l'extérieur ; ce n'est qu'après avoir écarté les grandes et les petites levres, qu'on découvre au delà des caron cules myrtiformes des rougeurs saillantes qui sont les orifices enflammés des cryptes muqueux. A mesure que le spéculum pénètre dans le conduit, il fait voir les autres cryptes muqueux dans le même état, et quand il est parvenu au fond du vagin, il montre le col utérin parfaitement sain. L'orifice de l'urèthre est rouge et tuméfié. En un mot on observe tous les phénomènes dont j'ai parlé plus haut. Je n'indiquerai pas les lésions cadavériques, je n'ai jamais eu occasion d'examiner après la mort le vagin enflammé.

Plusieurs complications peuvent se manifester pendant le cours d'un écoulement syphilitique ; les unes dépendent d'une métastase, et sont chez l'homme l'inflammation du testicule, et chez les deux sexes les inflammations des yeux. Les autres dépendent de l'infection générale, et seront traitées en même temps que les affections consécutives.

L'inflammation du testicule est, chez l'homme, l'affection qui complique le plus souvent l'uréthrite. Son siége spécial est dans l'épididyme. Cette partie est la première qui s'enflamme ; elle reste engorgée après la disparition des symptômes inflammatoires, et pendant qu'ils existent, elle forme quelquefois la moitié du volume de l'organe malade ; ses causes sont peu connues ; le testicule gauche étant plus fréquemment enflammé que le droit, on a pensé que le poids de cet organe pouvait contribuer à faire naître cette maladie. Cependant comme on la voit également à droite, il est présumable qu'elle est produite par d'autres causes, et d'ailleurs le développement de la maladie chez des personnes qui portent des suspensoirs prouve bien que le poids de l'organe ne suffit pas seul pour l'occasionner (1). L'équitation, la marche longtemps prolongée, la station, tous les exercices du corps et les écarts de régime ont été rangés au nombre des causes ; la contusion, le froissement du testicule, mis également parmi les causes, me paraissent devoir l'occasionner plutôt que les exercices violents. Comme dans quelques cas les malades éprouvent une douleur qui se propage le long du conduit déférent, l'on a dit que la phlegmasie s'étendait de l'urèthre au testicule par continuité de tissu, et ce qui a servi à favoriser cette opinion, c'est l'engorgement de l'épididyme et du cordon testiculaire. Cette opinion, quoique admissible, ne me paraît pas probable, et l'on doit regarder cette affection comme une métastase, à cause de la suppression de la suppuration de l'urèthre pendant l'inflammation, et de son retour fréquent quand celle-ci est passée. Ce qui doit encore porter à penser ainsi, c'est le développement de l'inflammation du testicule, quand on arrête l'uréthrite par une médication astringente ; accident que l'on observe assez souvent.

Elle survient à toutes les époques de l'uréthrite; le plus souvent dans le troisième et le quatrième septenaire.

Elle n'attaque qu'un testicule à la fois ; quelquefois les deux sont successivement malades. J'ai vu une seule fois les deux malades en même temps.

Elle s'annonce par la pesanteur dans le cordon testiculaire et dans les lombes, et par la douleur dans l'épididyme. Celui-ci se tuméfie, l'uréthrite diminue, et la fièvre survient. A mesure que l'inflammation augmente, ces symptômes s'aggravent : l'épididyme devient volumineux, le testicule participe à la phlegmasie, la suppuration de l'urèthre se supprime complétement, et la fievre est intense;

(1) On a cru que la constriction trop forte du suspensoir pouvait être une cause de cette maladie. Je ne le pense pas.

le scrotum est rouge et tuméfié, le malade ne peut rester debout sans souffrir considérablement, la moindre pression est très-douloureuse. Quelquefois le cordon testiculaire est aussi le siége de l'inflammation; il s'engorge, acquiert une dureté remarquable, et on peut le sentir jusque dans la cavité abdominale. Je l'ai vu plusieurs fois aussi dur qu'un morceau de bois.

Il se fait souvent un épanchement de sérosité dans la tunique vaginale; c'est surtout dans le cas où le testicule a pris beaucoup de part à l'inflammation. Cet épanchement se dissipe avec la maladie primitive.

Quand par des moyens convenables on a dissipé l'inflammation, on voit ordinairement l'écoulement revenir : quelquefois cependant, il est tout à fait guéri.

L'inflammation du testicule occasionnée par la métastase de l'uréthrite est facile à reconnaître à cause de l'engorgement de l'épididyme. Dans les inflammations de cet organe produites par d'autres causes, c'est la glande elle-même qui est tuméfiée, l'épididyme ne l'est que secondairement.

Cette maladie n'offre rien de grave, elle se termine toujours par résolution, même quand les malades ne se soignent pas, seulement la cure est beaucoup plus longue; l'épididyme reste toujours engorgé.

La durée est de deux à trois septenaires, elle peut subsister pendant un espace de temps double chez les individus qui ne se traitent pas convenablement.

L'ophthalmie qui survient pendant le cours d'une vaginite ou d'une uréthrite est métastatique. Elle peut être produite par le contact du fluide vaginal ou uréthral, agissant comme fluide irritant et non comme fluide syphilitique; mais ces cas sont excessivement rares, car si elle était facilement occasionnée par le contact, on l'observerait plus fréquemment à cause de la négligence, de l'insouciance et de la malpropreté des gens du peuple et surtout des hommes, qui après avoir touché leurs parties génitales, portent leurs mains au visage sans les laver. Aussi suis-je tout à fait revenu à l'opinion de St-Yves, qui l'attribue à la métastase. Il n'est pas d'ailleurs nécessaire d'admettre un principe particulier pour la production d'une ophthalmie aussi grave que celle qui survient pendant le cours des écoulements syphilitiques primitifs. L'ophthalmie puriforme des enfants, celles occasionnées par la présence de corps étrangers dans la conjonctive, et quelques ophthalmies épidémiques présentent les mêmes phénomènes, sans cependant avoir un caractère spécial. Ainsi donc l'irritation produite par l'application du pus doit suffire pour la faire naître. J'ai vu, dans une épidémie d'ophthalmies chez des enfants, une des religieuses chargées de soigner les malades, perdre la vue à la suite d'une ophthalmie survenue à un œil par le contact du pus d'un œil malade. L'inflammation se propagea à l'autre œil, et la malade devint aveugle. Les symptômes ont été aussi intenses que ceux d'une ophthalmie survenue pendant le cours d'une inflammation syphilitique récente. Au surplus l'ophthalmie qui se manifeste dans le cours des écoulements syphilitiques primitifs, ne présente jamais le caractère propre à faire reconnaître la nature de ces écoulements, le signe pathognomonique de la syphilis, le bubon. Dans les écrivains on ne trouve rien qui soit relatif à cet engorgement, et il est cependant bien certain que si les praticiens l'avaient observé, ils en auraient parlé, car il eût été un phénomène trop remarquable pour être passé sous silence. Tout cela démontre que l'ophthalmie produite par l'application du pus de l'urèthre n'est pas syphilitique, c'est-à-dire le résultat de l'application d'un pus renfermant le virus syphilitique, mais seulement le résultat de l'application d'un corps irritant, et elle ne jouit pas des propriétés syphilitiques.

L'on avait cru pouvoir distinguer cette ophthalmie produite par le contact de celle produite par la métastase, en établissant en principe que la première n'attaquait qu'un œil, tandis que la deuxième attaque les deux; mais cette distinction n'est nullement fondée, car ordinairement il n'y a qu'un œil qui soit affecté.

L'on dit généralement qu'elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, je l'ai vue plus souvent chez cette dernière, le raisonnement le veut aussi. Chez l'homme la métastase peut se faire et sur l'œil et sur le testicule; le voisinage de ce dernier et de la partie affectée fait qu'il devient plus aisément malade; chez la femme au contraire, l'œil est le seul organe qui soit soumis aux influences qui peuvent donner lieu à une métastase.

Les causes qui favorisent la métastase, sont toute irritation portée sur l'œil, les écarts de régime, la suppression brusque de l'écoulement par des moyens thérapeutiques.

Les symptômes sont ceux de l'ophthalmie très-intense, arrivant en peu de jours à son plus haut degré d'intensité, avec suppuration excessive, chemosis, taches de la cornée, abcès, ramollissement et ulcération de cette membrane. Sa marche est très-rapide, le diagnostic est facile, et le pronostic excessivement grave, car il est rare qu'elle ne fasse pas perdre la vue.

On a confondu chez les enfants nouveau-nés l'ophthalmie puriforme avec celle qui nous occupe maintenant. Je reviendrai sur ce sujet en traitant des affections syphilitiques chez les enfants.

CHAPITRE III.

ULCÈRES.

Les ulcères syphilitiques primitifs ont reçu gé-

néralement le nom de chancres ; je le leur conserverai.

Nous avons à considérer dans les chancres les espèces, la forme, la grandeur, le nombre, le développement, la marche, le diagnostic et le pronostic.

Les chancres se présentent sous trois aspects différents. Tantôt c'est une ulcération au niveau de la peau en tout semblable à une excoriation faite par l'ongle ou le frottement sur un corps dur. Tantôt c'est un ulcère creux, à bords irréguliers, coupés à pic, durs, quelquefois renversés en dedans, et dont le fond est enduit d'une couche grise adhérente. Tantôt c'est un ulcère élevé et à chairs fongueuses comme végétantes : on dirait que la peau a dépassé son niveau, et a donné naissance à des chairs fongueuses comme dans le cancer. De ces trois espèces, la deuxième est la plus grave parce qu'elle devient souvent rongeante et serpigineuse. Chacune paraît appartenir à telle partie plutôt qu'à telle autre. La première doit être rapportée au chancre que l'on a nommé benin : les deux autres à ceux que l'on a appelés malins. La deuxième espèce est le chancre connu sous le nom de Huntérien.

Leur forme est plus ou moins arrondie : ils paraissent quelquefois faits avec un emporte-pièce. Ceux qui sont allongés n'ont le plus souvent cette forme que parce que plusieurs petits chancres ronds se sont réunis.

Leur grandeur est très-variable. Certaines parties paraissent plus exposées que d'autres à être le siége de chancres considérables ; je les indiquerai en parlant des chancres en particulier. On peut dire qu'elle offre toutes les variétés intermédiaires entre la grandeur de la tête d'une petite épingle et celle d'une pièce de un franc.

Le nombre est aussi très-variable. Rarement il n'y en a qu'un ; et quand un chancre est unique, souvent il est très-grand. Très-fréquemment on en voit trois, cinq et six. Une fois j'en ai compté seize, une autre fois vingt-quatre tant sur le gland que sur le prépuce.

Leur apparition est précédée d'une période d'incubation, comme celle des écoulements syphilitiques : elle est de quatre à huit jours.

Leur développement ne se fait pas, comme on le dit dans les ouvrages sur les maladies syphilitiques, par une pustule, qui s'ouvre d'elle-même ou est écorchée par le malade. Leur mode de développement est le même que celui des ulcères des autres parties du corps, et Cullerier l'a très-bien décrit dans le *Dictionnaire des Sciences médicales.* Tantôt c'est une simple excoriation survenue sans que le malade s'en aperçoive : tantôt au milieu d'une tache rouge vient une élevure, une espèce de papule, qui cause de la démangeaison, que le malade gratte et excorie ou qui s'ulcère d'elle-même. Si dans beaucoup de circonstances et surtout dans les chancres de la peau de la verge ou du scrotum, le malade croit voir une pustule, c'est une erreur que ne doit pas partager l'homme de l'art. Il y a une ulcération, qui fournit du pus dont la surface se concrète : le nouveau pus s'amasse au-dessous, le malade rompt la croûte mince, et il croit avoir ouvert une pustule.

L'on a dit aussi que le chancre commençait par un tubercule dur, qui, venant à s'enflammer et à s'ulcérer, forme un ulcère plus ou moins grand à base plus ou moins épaisse. C'est, je crois, une erreur, et les praticiens ont confondu le tubercule ulcéré avec le chancre, ou ont voulu décrire cet état secondaire du chancre dans lequel les bords s'engorgent, s'endurcissent et quelquefois se renversent.

Les différences que l'on observe dans le développement du chancre peuvent se rapporter à chaque espèce. Ainsi le développement par une simple excoriation appartient à la première espèce de chancre : celui par une élevure rouge à la deuxième espèce, mais surtout à la deuxième : car quelquefois la troisième espèce commence par une simple excoriation.

La marche offre des différences suivant les espèces. Dans la première espèce, le chancre, après avoir augmenté de grandeur pendant un certain temps qui varie en raison de la force du virus syphilitique, reste stationnaire et tend à la guérison. Dans la deuxième espèce, le chancre a également de la tendance à s'agrandir en raison de l'intensité du virus ; mais le cas est ici beaucoup plus grave : le chancre de la première espèce ne s'étend qu'en superficie : celui qui nous occupe s'étend à la fois en superficie et en profondeur : il ronge les parties ; c'est lui, qui chez l'homme détruit le frein, perfore l'urèthre, corrode le gland en partie ou en totalité, et quelquefois même une partie de la verge, et qui chez les femmes produit des phénomènes analogues sur les caroncules myrtiformes, les petites lèvres, la fourchette et les grandes lèvres. Dans la troisième espèce nous ne trouvons pas cette propriété destructive : au contraire le chancre paraît avoir une force végétative, qui quelquefois devient très-grande et donne à la surface ulcérée l'apparence d'un champignon cancéreux.

La durée du chancre présente beaucoup de différences : on peut avancer en règle générale que trois ou quatre septenaires sont suffisants pour obtenir une guérison parfaite. Il y a cependant une observation à faire relativement à la durée du chancre. Il arrive souvent qu'au moment où l'on est consulté, l'ulcération n'est pas encore parvenue à son plus haut degré et on la voit augmenter à mesure qu'on la traite : cet espace de temps ne doit pas être rapporté à la durée du chancre, on ne doit la compter que du moment où il a acquis toute sa grandeur et où il est devenu stationnaire. Quelquefois on en trouve qui persistent longtemps sans pouvoir guérir. D'autres fois on en voit qui naissent à mesure que d'autres guérissent.

Les chancres laissent des traces plus ou moins visibles selon les espèces.

Ceux de la première espèce présentent après leur guérison une rougeur qui subsiste ordinairement pendant peu de temps, mais qui dans quelques cas persiste toujours surtout chez les femmes. Le plus fréquemment ils ne laissent aucune trace lorsqu'ils sont situés sur des parties qui ne peuvent pas se réunir aux parties voisines; mais quand il peut y avoir une réunion entre les parties malades, on reconnaît toujours qu'ils ont existé. Ainsi, par exemple, un chancre de la première espèce sur le gland ou la face interne du prépuce guérira sans qu'on puisse retrouver son siége; mais placé au-dessous de la couronne du gland entre lui et le prépuce, il produira l'union des deux parties, et laissera une cicatrice indélébile. Le même phénomène s'observe quand le chancre existe dans le pli de la peau entre les grandes et les petites lèvres.

Les chancres de la deuxième et de la troisième espèce laissent constamment une cicatrice plus ou moins marquée, suivant leur grandeur et leur profondeur; elle est plus blanche que les cicatrices des plaies simples; elle présente, au reste, suivant les parties malades, des variétés que j'indiquerai.

Le diagnostic est facile en général. Il offre cependant quelquefois des difficultés que ni la forme, ni la situation des ulcérations, ni les circonstances antécédentes, ne peuvent éclaircir. Il n'y a qu'un moyen de l'établir d'une manière certaine; c'est d'examiner avec soin les ganglions lymphatiques dans lesquels se rendent les vaisseaux de la partie malade, et de s'assurer ainsi s'il n'existe pas un bubon. Et ici, je répéterai ce que j'ai déjà dit: il faut entendre par bubon, tout engorgement, même peu considérable, mais persistant des ganglions dans lesquels se rendent les vaisseaux de la partie ulcérée. Par ce moyen, l'on pourra porter son diagnostic dans les cas douteux, et rassurer certains malades qui ont des ulcérations des parties génitales sans avoir contracté la syphilis. Ainsi, j'ai vu un malade chez lequel il était survenu une ulcération du cul-de-sac entre le gland et le prépuce. Il n'avait aucun engorgement des ganglions inguinaux. Je le rassurai, et lui fis mettre du suif sur l'ulcération; dans les vingt-quatre heures suivantes, elle était guérie. Chez un autre, des ulcérations nombreuses se manifestèrent plusieurs fois sur le gland plus ou moins longtemps après le coït; je lui fis faire des lotions avec la décoction de noix de galle, et cette espèce de tannage empêcha le retour de la maladie. J'ai vu très-souvent chez les filles des ulcérations, résultat de l'action mécanique du pénis fréquemment introduit dans le vagin, sans aucun engorgement des ganglions inguinaux. Ces excoriations guérissent très-rapidement.

Le pronostic des chancres doit être considéré sous le rapport de l'affection locale, et sous celui de l'infection générale. Sous le premier point de vue, il n'offre en général rien de grave; car si l'on en excepte quelques chancres rongeants ou inflammatoires, les ulcères syphilitiques primitifs guérissent promptement, et se cicatrisent même, quand on n'a recours à aucun moyen thérapeutique. Sous le deuxième point de vue, c'est bien différent; les chancres sont constamment suivis de symptômes consécutifs, si on n'a pas employé un traitement antisyphilitique convenable.

Diverses complications peuvent accompagner les chancres: l'inflammation des organes qui sont le siége du chancre, et celle des organes voisins est la plus fréquente, et elle ne peut être examinée qu'en étudiant les chancres en particulier. La douleur est quelquefois une complication plus grave que l'inflammation avec l'intensité de laquelle elle n'est pas toujours en rapport. Aussi quelques pathologistes ont-ils admis des chancres inflammatoires et des chancres douloureux. Cette douleur, qui chez quelques individus est portée au point qu'aucun moyen thérapeutique ne peut le calmer, accompagne souvent les chancres de la deuxième espèce et peut compromettre les jours des malades.

§ 1.

Chancres des organes génitaux de l'homme.

Tous les organes génitaux externes de l'homme peuvent être affectés de chancres.

Le tableau suivant indique la fréquence relative de leur siége. Il a été fait, d'après les relevés que j'ai pris à la consultation de l'hôpital du Midi, dans un espace de six mois. Le nombre des hommes malades a été de 833.

Cul de sac entre le gland et le prépuce.	269
Orifice du prépuce.	154
Frein.	132
Face interne du prépuce. . . .	127
Surface du gland.	49
Peau du prépuce.	45
Peau du corps de la verge. . .	41
Orifice de l'urhètre.	11
Peau du scrotum.	5
	833

L'importance de ce relevé n'est pas très-grande; car il est, en général, assez indifférent qu'un chancre soit placé sur telle ou telle partie; c'est au fond la même maladie, qui exige le même mode de traitement, qui reconnaît la même cause, et rarement elle est assez grave pour compromettre par les ravages qu'elle fait les fonctions de l'organe. Le but que je me suis proposé est uniquement de démontrer si le chancre a son siége

plus souvent dans les endroits où les organes génitaux de l'homme offrent des replis qui peuvent retenir la matière infectante. Or, c'est ce que prouve le relevé que je présente. Peut-on, d'après cela, dire avec quelques personnes, que des lotions abondantes et froides peuvent empêcher le développement de la syphilis après un coït impur, et admettre l'explication qu'ils donnent, en disant avec eux que les lotions abondantes entraînent la matière virulente, et que le froid du liquide employé resserre l'orifice des vaisseaux absorbants, et les empêche d'agir.

Leur espèce varie selon leur siége, ceux du gland et du frein sont ordinairement de la deuxième espèce, et par conséquent enfoncés, à bords coupés à pic, et couverts dans leur fond d'une couche de matière grisâtre très-difficile à enlever. Ceux de l'orifice du prépuce offrent le plus souvent l'aspect de la troisième espèce, de l'*ulcus elevatum*. Ceux de la face interne du prépuce, du cul de sac entre le gland et le prépuce, de la peau de la verge et du scrotum sont le plus fréquemment de la première espèce; quelquefois néanmoins ils sont de la troisième. Il est très-commun de voir une croûte se former sur les chancres de la peau de la verge, le pus s'amasser sous cette croûte, qui simule alors une pustule. Les chancres du frein le rongent souvent, et dans quelques cas, on les voit pénétrer jusque dans l'urèthre et former un hypospadias. On voit aussi quelquefois ceux du prépuce le perforer et ceux du gland le sillonner profondément.

Leur forme varie suivant les parties des organes génitaux qui sont malades. Elle est, comme nous l'avons déjà dit, communément arrondie. Les chancres du gland sont souvent tout à fait ronds, et paraissent faits avec un emporte-pièce. Ceux du filet ont dans le principe la même forme; mais augmentant de grandeur, ils rongent cette partie et prennent une forme allongée. Il en est de même de ceux du cul-de-sac entre le gland et le prépuce; d'abord ronds, ils deviennent ovalaires ou allongés en s'agrandissant. Ceux de la face interne et de l'orifice du prépuce, ceux de la peau de la verge ou du scrotum sont plus ou moins ronds; quelques-uns de ces derniers, quoique très-grands, sont tout à fait ronds. Ceux de l'orifice du prépuce perdent quelquefois la forme ronde pour en prendre une allongée et s'étendre jusqu'au tiers ou à la moitié de la circonférence de cet orifice.

Leur nombre est très-variable. Il y en a un ou plusieurs sur la même partie; il peut y en avoir plusieurs à la fois sur plusieurs parties différentes. On remarque ordinairement un rapport inverse entre le nombre et la grandeur. Ainsi, s'il n'y a qu'un chancre, il est grand : s'il y en a plusieurs, ils sont petits. Cela cependant n'est pas constant. Le gland n'a souvent qu'un chancre, alors il est grand : est-il formé par la réunion de petits chancres ou par le développement d'un seul? D'autres fois il y en a plusieurs, 4, 6, 8, 12 et plus, et alors ils sont petits, et l'organe paraît vermoulu. Ceux du cul-de-sac entre le gland et le prépuce, et ceux de l'orifice de ce repli de la peau sont souvent multiples, quelquefois uniques, et alors très-grands. Je ferai ici la même observation que pour ceux du gland. Le chancre de la face interne du prépuce est ordinairement unique. Ceux de la face externe de ce repli et de la peau du pénis sont en général uniques, très-rarement multiples. Il arrive fréquemment quand on en trouve plusieurs sur la peau, que l'un appartient au prépuce et l'autre au corps de la verge. Il en est de même pour ceux du scrotum. Ils sont uniques sur cette partie, mais coexistent avec ceux de la peau du pénis.

La grandeur des chancres des organes génitaux de l'homme offre beaucoup de variétés. Celui du gland égale quelquefois en superficie une pièce d'un demi-franc. Celui du frein a jusqu'à 10, 12 et 15 lignes de longueur : je l'ai vu s'étendre de l'orifice de l'urèthre à celui du prépuce. Ceux du cul de sac entre le gland et le prépuce, quoique en général petits, offrent cependant chez quelques individus une grandeur qui égale celle d'une pièce de 15 sous, et même plus : mais alors, ils n'occupent pas seulement l'enfoncement, qui se trouve au-dessous de la couronne du gland, ils s'étendent aussi sur lui et sur la face interne du prépuce. Ceux de cette face sont presque toujours grands : j'en ai vu un de 18 lignes de longueur sur 2 lignes de largeur : un autre grand comme une pièce de un franc. Ceux de l'orifice sont le plus souvent petits, multiples et ronds : quelquefois ils sont très-longs et étroits : j'en ai observé plusieurs de 18 lignes environ de longueur sur 3 ou 4 lignes de largeur. Ceux de la peau du prépuce, du pénis et du scrotum sont constamment grands : et je me rappelle en avoir vu un grand comme une pièce de 2 francs.

Leur marche n'offre rien de particulier, et on doit lui rapporter ce qui a été dit sur celle des chancres en général. Il n'en est pas de même de leur durée. Ceux du gland, du cul-de-sac entre le gland et le prépuce, de la face interne de ce repli, et de la peau des organes génitaux guérissent promptement. Mais ceux du frein et de l'orifice du prépuce sont très-longs à guérir : deux causes s'opposent à leur cicatrisation, le contact de l'urine, et la distension de l'ulcération dans les mouvements imprimés au prépuce. Il est très-rare que l'orifice du prépuce ne soit pas tuméfié et rétréci, lorsqu'il est affecté de chancres, et par conséquent il ne peut pas être retiré en arrière quand le malade satisfait au besoin d'uriner, de sorte que l'urine passe sur les ulcères et les enflamme, et si par une cause quelconque il vient à être retiré en arrière, c'est un nouveau motif pour empêcher la cicatrisation, et même pour rompre une cicatrice mince, si déjà elle existe.

Cette dernière cause agit encore avec plus d'action sur le frein : car il est impossible que le prépuce fasse le moindre mouvement, sans que cette partie s'en ressente. Aussi voit-on ses ulcères persister des mois entiers sans pouvoir être guéris, tandis que d'autres de la même espèce situés sur d'autres parties des organes génitaux sont cicatrisés en deux ou trois septenaires. Le séjour de l'urine sous le prépuce vient encore se joindre à son contact dans l'éjection, et aux mouvements des parties pour retarder la formation de la cicatrice.

Ce que j'ai dit sur le diagnostic des chancres en général trouve ici son application. Je dois cependant ajouter que quelquefois le chancre du gland ne se présente pas à l'état d'ulcère, mais simplement d'excoriation. Ainsi il n'est pas rare de trouver toute la surface du gland excoriée, comme si on avait enlevé l'épiderme fin qui le recouvre; et c'est évidemment un chancre de la première espèce, puisqu'il y a en même temps des bubons. On a voulu distinguer cette espèce de chancres, et la confondant avec l'inflammation du gland, on l'a nommée balanite : mais c'est réellement un chancre, et non une balanite, puisqu'il y a en même temps existence de bubon.

Les cicatrices des chancres des organes génitaux de l'homme offrent des différences suivant les espèces. Ceux de la première espèce ne laissent pas de traces sur le gland, ni la face interne du prépuce. Il en est de même quand ils sont situés sur son orifice ou dans le cul-de-sac, qui se trouve entre lui et le gland, et qu'ils sont petits. On trouve seulement pendant quelque temps une rougeur qui peut servir à faire connaître leur existence, lorsqu'il est nécessaire de le savoir pour éclairer son diagnostic. Mais quand ils sont grands, ils laissent sur ces deux parties des cicatrices indélébiles qui résultent des adhérences qu'elles contractent. Ainsi, à l'orifice du prépuce, il arrive que les plis que forme la peau, ayant été ulcérés, s'unissent, et que cet orifice est rétréci. De même lorsque des chancres occupent à la fois le rebord de la couronne du gland, le cul-de-sac entre elle et le prépuce, et une partie de la face interne de ce dernier, on voit des adhérences se former entre ces parties. Quand les chancres de cette espèce surviennent à la peau de la verge, ils laissent toujours une cicatrice très-visible, si cette peau est plus foncée que celle du corps, comme cela se remarque souvent : mais si elle est de la même couleur, on ne voit pas de traces à moins qu'ils ne soient très-grands.

Les chancres de la deuxième espèce laissent toujours sur le gland une cicatrice enfoncée très-apparente qui offre un caractère spécial. Ordinairement les cicatrices sont plus petites que les plaies auxquelles elles succèdent parce que les bords de la solution de continuité se rapprochent de son centre : ici elles sont absolument de la même grandeur, parce que le tissu du gland ne peut pas se rapprocher, et résiste à la force de resserrement du tissu fibreux de la cicatrice. Les chancres du frein le perforant quelquefois, il reste après la cicatrisation une bride, qui persiste toujours ; et quand ils l'ont totalement rongé, la perte de substance et la cicatrice sont telles qu'il n'est jamais possible de méconnaître leur existence. Il en est de même quand ces chancres ont été serpigineux et ont sillonné le gland. Ceux de la face interne du prépuce laissent une cicatrice plus ou moins grande. Ceux du cul-de-sac entre le gland et le prépuce, et ceux de l'orifice de celui-ci laissent constamment une cicatrice bridée qui résulte, comme pour ceux de la première espèce, de l'adhérence des parties entre elles. Ceux de la peau du prépuce, de la verge et du scrotum, laissent une cicatrice d'autant plus apparente qu'elle est plus blanche que le reste de la peau.

Tout ce que j'ai dit des chancres de la deuxième espèce peut s'appliquer à ceux de la troisième. Il n'y a qu'une observation à faire relativement au chancre du gland : c'est que la cicatrice est moins grande que dans celui de la deuxième espèce, quoique le chancre paraisse plus grand. Cela vient de ce que, dans cette espèce, les parties éprouvent une sorte d'hypertrophie, et que lorsqu'on a combattu cette tendance végétative, la plaie est moins grande qu'on ne le pensait, tandis que dans la deuxième espèce il n'y a souvent aucun gonflement, et la cicatrice doit être nécessairement de la grandeur de la plaie. Au reste les cicatrices des chancres de la deuxième espèce sont toujours plus grandes que celles des deux autres espèces parce qu'ils sont avec perte de substance.

Les chancres de la verge offrent quelques complications. Les plus fréquentes sont l'inflammation et la douleur. On les observe surtout dans les chancres de la deuxième et de la troisième espèce. Ils sont très-souvent accompagnés d'un gonflement du prépuce tel qu'on ne peut le retirer au delà du gland et qu'il y a un phimosis accidentel par suite de l'inflammation. Ceux de l'orifice du prépuce le froncent souvent, et le resserrent au point qu'il ne laisse plus passer le gland. Ces deux sortes de phimosis accidentel se dissipent par le temps et la médication convenable. Cependant quand les chancres de l'orifice sont nombreux, la cicatrice peut être assez étendue pour le brider, et l'obliger à l'opération du phimosis. D'autres fois ils sont suivis de la gangrène d'une portion ou de la totalité de la verge. Elle est produite par la malignité de l'inflammation ou par son excès. On distingue la cause d'après les symptômes. Quand elle dépend de la malignité de l'inflammation, il n'y a presque pas d'engorgement. Quand elle dépend de son excès, il y a un engorgement considérable du prépuce et du gland. Dans le premier cas, rien n'indique le point où s'arrêtera la gangrène : elle est plus ou moins étendue suivant la cause qui la

produit : dans le deuxième elle est bornée au point enflammé. Dans certains cas, elle perfore le prépuce, ou le détruit complétement sans attaquer le gland : dans d'autres elle détruit à la fois le gland et le prépuce, donne à la verge une forme extraordinaire, qui peut gêner plus ou moins les fonctions de l'organe. Il peut exister un paraphimosis.

Le diagnostic des chancres est facile. La présence ou l'absence du bubon sert à l'éclairer et à empêcher de les confondre avec les simples ulcérations, comme je l'ai dit en parlant du chancre en général. En partant du même principe, on parviendra aussi dans les cas de paraphimosis à distinguer l'ulcération syphilitique de celle qui résulte de la constriction exercée par la bride que forme l'orifice du prépuce. Le diagnostic offre quelques difficultés dans les cas où il y a phimosis naturel ou accidentel, pour reconnaître s'il existe ou non un chancre soit à la face interne du prépuce, soit sur le gland. Le toucher à travers la peau du prépuce ne peut servir. Des inégalités dans l'épaisseur de ce repli ou à la surface du gland peuvent en imposer, surtout si antérieurement il y a eu des chancres, parce qu'alors il reste souvent un endurcissement à leur place. J'ai vu plusieurs cas de ce genre dans lesquels ayant fait l'opération du phimosis, je n'ai trouvé aucun chancre. Il n'y a pas un grand inconvénient à opérer, puisqu'il faudrait toujours pratiquer l'opération pour remédier au vice de conformation. L'on peut éclairer le diagnostic en faisant attention à la source de la matière purulente et aux symptômes. Si elle ne vient pas de l'urèthre, si le malade n'éprouve pas d'ardeur d'urine, on peut supposer que les chancres existent. Dans le cas contraire, on peut croire que c'est une uréthrite. Cependant dans le premier cas, la matière de l'écoulement pourrait être fournie par les cryptes muqueux de la base du gland, et il serait alors impossible de juger s'il y a des chancres ou s'il n'y en a pas.

Il faut prendre garde aussi de confondre l'*herpes præputialis* avec des chancres commençants. L'apparition de l'herpès est précédée de quelques rougeurs qui peuvent induire en erreur; mais le développement de vésicules et la formation de squammes suffisent pour éclairer le diagnostic.

Le pronostic n'offre rien de particulier, quant à la cause de la maladie. Quant à ses effets, il n'est pas grave en général. Il ne le devient que lorsque le chancre ou la gangrène sont très-considérables et déforment la verge, parce qu'alors elle remplit mal les fonctions auxquelles elle est destinée, tant sous le rapport de l'excrétion de l'urine que sous celui de la génération.

§ 2.

Chancres des organes génitaux de la femme.

Les chancres des organes génitaux de la femme ne se développent que dans les organes génitaux externes, aux grandes et aux petites lèvres, aux caroncules myrtiformes, à la fourchette, au clitoris et au méat urinaire. Ils ne s'étendent pas dans le vagin, et les ulcérations que l'on voit quelquefois dans ce canal sont consécutives et non primitives : ils n'existent pas non plus à l'intérieur de l'urèthre.

Le tableau suivant indique la fréquence relative de leur siége. Il a été fait d'après un relevé pris dans les salles des malades, par plusieurs élèves. Le nombre des cas n'est que de 104. Il devait être plus grand : mais comme dans les divers relevés je n'ai pas toujours trouvé l'exactitude que je désirais, j'ai préféré diminuer le nombre des cas, et ne donner que ceux qui étaient parfaitement certains.

Fourchette.	41
Face interne des petites lèvres .	37
Méat urinaire	12
Grandes lèvres.	6
Caroncules myrtiformes . . .	5
Face externe des petites lèvres .	3
	104

Je ferai observer que sous le nom de fourchette j'entends non-seulement la commissure postérieure, mais aussi cette partie des organes génitaux de la femme, qui est située entre cette commissure et l'entrée du vagin, et que l'on connaît sous le nom de fosse naviculaire.

Les chancres se présentent sous les trois espèces indiquées. Ceux de la première espèce ont leur siége sur tous les points des organes génitaux, mais surtout à la face interne des grandes lèvres. Ceux de la deuxième espèce sous les caroncules, à la fourchette, et aux petites lèvres. Quant à ceux de la troisième espèce, on ne les voit que très-rarement, et c'est sur les grandes lèvres qu'on les observe. Au reste on ne remarque pas chez la femme entre le siége et l'espèce du chancre un rapport aussi constant que chez l'homme.

Leur forme est ordinairement arrondie, surtout dans le principe, et ne présente pas autant de variétés secondaires que chez l'homme. Cependant elle en offre quelques-unes. Le chancre des grandes lèvres prend souvent une forme allongée : cela dépend probablement de son espèce. Celui qui survient entre les grandes et les petites lèvres, revêt aussi assez fréquemment cette forme; et la cause est la même que pour les chancres qui existent entre le gland et le prépuce. Les chancres sont d'abord ronds : ils augmentent de grandeur, ils s'unissent par leurs bords voisins, et leur forme devient longue. La même chose s'observe aux chancres du clitoris, des caroncules, de la fourchette et du méat urinaire. Ils sont ronds dans le principe : ce n'est que par suite de leur réunion qu'ils deviennent longs ou ovalaires. Quelquefois

ceux de la fourchette sont triangulaires. Ceux qu'on observe sur les petites lèvres conservent en général leur forme arrondie.

Leur nombre est très-variable. On en trouve tantôt un seul, tantôt plusieurs sur une des parties indiquées: tantôt plusieurs disséminés sur deux ou trois de ces parties. Souvent le chancre des grandes et des petites lèvres est unique, et celui de la fourchette l'est presque toujours. Ceux des caroncules, du clitoris et de l'urèthre, sont au contraire le plus fréquemment multiples.

Leur grandeur varie aussi beaucoup. Les plus grands sont ceux des petites lèvres. Lorsque les femmes ont ces organes développés, il n'est pas rare de voir des chancres qui leur font une perforation assez grande pour admettre le petit doigt, ou des échancrures très-difformes. Ceux de la fourchette sont aussi assez grands: ceux des grandes lèvres et surtout ceux du clitoris et du méat urinaire n'acquièrent pas les mêmes dimensions.

Leur mode de développement se fait comme nous l'avons dit en parlant des chancres en général.

Leur marche n'offre rien de particulier quand ils sont de la première et de la troisième espèce; mais quand ils sont de la deuxième, comme ils ont une propriété destructive, il peut arriver qu'ils occasionnent des accidents graves. Très-souvent ils rongent les caroncules qu'ils détruisent complétement; les petites lèvres qu'ils échancrent à leur bord libre ou qu'ils perforent; et la fourchette à laquelle ils font des ravages plus ou moins grands suivant qu'ils s'étendent plus ou moins loin sur la fosse naviculaire. Chez quelques femmes, qui ont les grandes et les petites lèvres très-développées, on les voit sillonnées par des chancres.

Leur durée présente quelques variétés. Ceux de la fourchette sont longs à guérir à cause du séjour des matières: ceux de l'urèthre à cause du passage de l'urine. Quant aux autres ils ne présentent rien de particulier.

Ce que j'ai dit des cicatrices des chancres doit s'appliquer à ceux des organes génitaux de la femme. Les chancres de la première espèce ne laissent pas de traces à moins qu'ils n'aient leur siége sur des lèvres noires, ou entre les grandes et les petites lèvres, et qu'ils n'occasionnent leur adhérence. Il existe ordinairement après leur guérison une rougeur qui ne se passe que difficilement, et qui, chez quelques femmes, persiste toujours. Les cicatrices des chancres de la deuxième espèce sont très-apparentes puisqu'il y a perte de substance. Ceux de la troisième espèce laissent ainsi une cicatrice visible, mais moins marquée que celle des chancres de la deuxième espèce.

Quelques complications les accompagnent. Le gonflement inflammatoire ou œdémateux des lèvres est la plus fréquente. Il se dissipe à mesure que le chancre diminue. Quand l'ulcère existe avec un écoulement syphilitique, il survient quelquefois une complication extrêmement grave, c'est la formation d'ulcères à l'anus et au périnée. Ils sont très-douloureux : l'écoulement les entretient, aucun médicament ne peut apaiser dans le principe les souffrances qu'ils occasionnent : il n'y a que les antiphlogistiques et le temps qui puissent les guérir, et dans un cas j'ai vu ces douleurs telles qu'elles ont agi sur toute l'économie et, que la malade est morte épuisée.

Le diagnostic présente des difficultés chez les femmes qui ont déjà les ganglions inguinaux engorgés, parce qu'il n'est pas possible de savoir si un nouvel engorgement est venu se joindre à l'ancien. Mais chez celles qui n'ont pas encore eu d'engorgement de ce genre, on reconnaît aisément la nature de l'ulcération au gonflement des ganglions. J'ai remarqué chez les filles publiques que les ganglions engorgés depuis longtemps augmentent dans les cas d'ulcères syphilitiques primitifs nouveaux et qu'ils restent dans le même état dans les cas d'ulcères simples. C'est surtout chez elles que le diagnostic peut offrir des difficultés, et comme j'en avais un grand nombre à soigner, j'ai pu faire des remarques assez importantes. On a voulu distinguer les ulcères des parties génitales en syphilitiques et en mécaniques, c'est-à-dire produits par l'introduction d'un pénis trop volumineux ou par son introduction trop souvent répétée; et l'on a cru pouvoir le faire *à priori :* cela est impossible. Mais il n'en est pas de même quand on a égard aux circonstances concomitantes et consécutives. Les ulcérations produites par l'introduction forcée ou répétée du pénis ont toujours le caractère du chancre de la première espèce. C'est une simple écorchure ; jamais leur présence n'est accompagnée du développement de bubons, et leur guérison s'opère en peu de jours quand la femme reste sage. Mais rien dans leur forme ou leur aspect ne peut les faire reconnaître, de même que chez l'homme on ne peut distinguer à l'aspect les simples écorchures des chancres de la première espèce. Ainsi j'ai souvent vu des filles publiques être guéries en 4, 8, 12 jours d'ulcérations qu'on avait notées comme syphilitiques, et qui certes ne l'étaient pas: car de semblables chez d'autres femmes duraient beaucoup plus longtemps et étaient accompagnées de symptômes propres aux chancres qui ne se manifestaient pas chez les premières. La promptitude de la guérison et l'absence de tout autre symptôme m'ont encore servi à distinguer, *à posteriori ,* une ulcération, résultat de l'application d'une solution de pierre à cautère, d'une ulcération syphilitique. Une fille publique sortie bien guérie de l'hôpital, depuis quelques jours, revint avec une ulcération énorme située à la face interne et tout à fait supérieure de la petite lèvre gauche : elle avait des bords taillés à pic, et un fond grisâtre, en un mot, l'aspect du chancre huntérien. Je crus à une ulcération syphilitique.

Au dixième jour, cette fille était complétement guérie. Étonné de la rapidité de cette guérison, je pris quelques informations, et j'appris que voulant rentrer à l'hôpital parce qu'elle y avait laissé une amie, elle s'était fait cette ulcération avec une solution de potasse caustique. Si je n'avais été sur mes gardes, et si je n'avais eu un grand nombre de chancres pour comparaison, j'aurais cru avoir guéri aussi promptement et sans aucun médicament spécifique une ulcération syphilitique considérable. Il faut aussi prendre garde de s'en laisser imposer par les rougeurs que j'ai dit subsister après la guérison des chancres de la première espèce. Souvent au premier aspect, on les prendrait pour des ulcérations.

Le pronostic des chancres des organes génitaux de la femme est moins grave que celui des chancres des organes génitaux de l'homme. Jamais ils ne les déforment au point de ne pouvoir plus servir aux fonctions auxquelles ils sont destinés, comme cela se voit chez ce dernier. Excepté quelques cas extraordinaires, comme celui que j'ai cité plus haut, et que l'on observe aussi chez l'homme, ils n'altèrent pas la santé générale.

Je terminerai ce que j'ai à dire sur les chancres des organes génitaux de la femme par une observation sur les ulcérations du col de l'utérus. Je ne pense pas que le col de l'utérus puisse être attaqué de chancres, ou du moins je n'en ai jamais vu, malgré le grand nombre de femmes que j'ai examinées. Les ulcérations, que l'on trouve sur cette partie, n'ont aucune ressemblance avec les ulcérations syphilitiques, et si des femmes, qui en offraient, ont infecté des individus, c'est qu'elles avaient une vaginite. Ces ulcérations doivent-elles être rangées au nombre des affections syphilitiques consécutives ? C'est une question que j'examinerai en traitant de ces maladies.

§ 3.

Chancres des lèvres de la bouche.

Les chancres des lèvres ont leur siége sur leur bord libre ou sur leur face interne. Il ne s'en manifeste jamais aux commissures, probablement parceque ce n'est pas cette partie qui est mise en contact avec l'organe malade : les affections syphilitiques que l'on y remarque sont toujours consécutives.

La lèvre inférieure est plus souvent affectée que la supérieure.

Ils sont ordinairement situés sur les côtés de la ligne médiane. Une fois seulement, j'en ai vu un à la face interne de la lèvre supérieure, dans son union avec les gencives, occupant la ligne médiane et le filet qui s'y trouve.

Ils sont ordinairement de la première ou de la troisième espèce.

Leur forme est arrondie : il n'y a que lorsqu'ils sont situés au repli de la gencive et de la lèvre qu'ils prennent une forme allongée.

Ils sont uniques ou multiples.

Leur grandeur présente beaucoup de variétés, comme celle de tous les chancres. Quelquefois ils sont assez grands pour occuper presque tout un côté des lèvres.

Leur période d'incubation est la même que celle de tous les autres ulcères syphilitiques primitifs, de 4 à 8 jours. L'on a dit qu'elle était plus longue, quand la syphilis était produite par l'application de la salive imprégnée de pus, que lorsqu'elle était produite par l'application du pus même. Je doute que l'on ait jamais été à même de bien préciser cette différence.

Leur mode de développement est le même que celui des autres chancres. Il se forme un petit point rougeâtre, saillant, qui s'ulcère à son sommet: et il n'y a pas ici, plus que pour les chancres des organes génitaux, une vésicule qui se rompt et laisse une ulcération. Si quelquefois on a cru voir cette vésicule, c'est que l'on a confondu avec une vésicule la croûte qui se forme sur une ulcération et au-dessous de laquelle s'amasse le pus. La petite tumeur est souvent le siége de démangeaisons; le malade gratte, et il se forme une ulcération. Lorsque cet ulcère est situé à la face interne des lèvres, l'humidité continuelle des parties empêche la formation d'une croûte à la surface. Mais quand le chancre est situé sur le bord libre de la lèvre, le contact continuel de l'air occasionne la formation d'une croûte semblable à celle des gerçures des lèvres, et que des applications de topiques gras ou liquides font tomber promptement.

La durée de ces chancres n'est pas longue : ils se terminent même plus vite que ceux des autres parties du corps. Ceux qui sont saillants, à bords renversés, sont guéris en peu de temps, quoique leur aspect ait quelque chose d'effrayant. Cette rapidité de la guérison tient sans doute, à ce que dans ces chancres, il n'y a pas, comme dans ceux des organes génitaux, une inflammation des parties environnantes, et que les malades en sont plus soigneux.

Leur diagnostic est facile. Nous avons pour l'éclairer l'existence de l'engorgement des ganglions lymphatiques. Pour les chancres de la lèvre supérieure, il faut chercher les ganglions dans l'épaisseur de la joue : pour ceux de la lèvre inférieure, il faut explorer le dessous du menton et les côtés du corps de la mâchoire inférieure. Ces chancres peuvent être confondus avec diverses affections des lèvres, telles que les gerçures, le cancer et les ulcérations mercurielles. On peut les prendre pour des gerçures lorsqu'ils sont de la première espèce et qu'ils ont leur siége sur le bord libre de la lèvre : mais en examinant les ganglions lymphatiques dans lesquels se rendent les vaisseaux de chaque lèvre, on sera promptement dé-

trompé, parce qu'on les trouvera engorgés si la maladie de la lèvre est un chancre, tandis qu'ils ne le sont pas quand elle est une gerçure : de plus celle-ci a une forme allongée dans le sens des plis de la lèvre, ce qu'on n'observe pas dans le chancre.

Quand les chancres des lèvres sont de la troisième espèce, c'est-à-dire, du genre des ulcères nommés *ulcus elevatum,* ils prennent quelquefois l'apparence du cancer, et le diagnostic devient d'autant plus difficile alors, qu'il y a dans les deux cas engorgement des ganglions lymphatiques, et cela peut être embarrassant, surtout si l'ulcère a son siége à la lèvre inférieure; car on trouve rarement des malades qui veulent avouer qu'ils ont gagné la syphilis par la bouche. Il faut alors avoir recours aux circonstances commémoratives pour éclairer le diagnostic. L'âge du malade peut diriger ; si le sujet est jeune, c'est certainement un chancre ; mais s'il est dans l'âge adulte et à plus forte raison dans la vieillesse, il faudra d'autres circonstances pour diagnostiquer la maladie. Il faut s'enquérir avec beaucoup de soin de l'époque de l'apparition de l'ulcère, et de celle de l'engorgement des ganglions. Dans le cancer, les ganglions lymphatiques ne s'engorgent que lorsque la maladie existe déjà depuis longtemps : dans la syphilis au contraire, ils s'engorgent dès que le chancre paraît.

Quant aux ulcérations des lèvres, produites par l'usage du mercure, il est facile de les reconnaître. Les malades ont fait usage de ce médicament : ils ont les gencives rouges, tuméfiées, et couvertes, à leur jonction avec les dents, d'un tartre jaune et épais; et l'ulcération présente une couleur grise avec élévation des environs de la surface ulcérée, phénomènes que l'on ne trouve réunis dans aucune espèce de chancre. Il y a de plus l'odeur particulière qu'exhalent les individus attaqués de salivation.

Il est bon de faire observer que quelquefois les ulcères syphilitiques gagnés par l'application de la bouche sur des organes malades n'ont pas leur siége aux lèvres, mais dans les environs de ces parties. C'est lorsqu'il y a sur le menton ou à la lèvre supérieure quelque écorchure produite par le rasoir : elle devient facilement le siége de l'ulcération, et les lèvres restent saines.

Leur pronostic présente peu de gravité ; ils guérissent promptement et sans difformité.

§ 4.

Chancres de l'anus.

On comprend généralement sous le nom de chancres de l'anus et du rectum des affections totalement différentes. Les chancres de l'anus existent : c'est-à-dire, que l'on voit à la peau de l'anus, et à la membrane mince, qui fait l'intermédiaire de la peau et de la membrane muqueuse, des ulcères syphilitiques primitifs : mais on n'en voit pas dans le rectum : de même qu'à la vulve on voit des chancres, et qu'on n'en trouve pas dans le vagin.

Les chancres de l'anus existent rarement seuls chez les femmes : parce que chez elles, ils sont le plus souvent le résultat du contact de la matière de l'écoulement, qui, d'après la disposition des parties, s'est portée vers l'anus, tandis que chez l'homme il faut qu'il y ait eu contact des organes génitaux malades avec l'anus.

Leur siége est dans cette partie de l'anus, qui présente des plis. La peau, qui avoisine l'orifice du rectum, jouit des mêmes propriétés que la peau des autres parties du corps : elle est comme elle, revêtue d'un épiderme, qui par son épaisseur empêche l'action du virus syphilitique. Le rectum lui-même est couvert d'une membrane muqueuse, qui ne peut pas être attaquée par le virus syphilitique plus que celle de la langue ou du vagin. Il n'y a donc que cette peau, qui, semblable à celle des lèvres et du gland, constitue l'orifice de l'anus, qui soit susceptible d'être altérée par le virus syphilitique. C'est donc dans les replis de l'orifice de l'anus qu'on doit les chercher.

Tous ceux que j'ai vus étaient de la deuxième espèce.

Leur forme est allongée comme celle des replis de l'anus.

Leur nombre est très-variable.

Leur grandeur est en quelque sorte bornée quant à la longueur, puisqu'ils ne peuvent dépasser la membrane rouge qui forme l'anus, qu'en s'étendant à la peau des fesses. La largeur est variable : en général cependant ils occupent seulement un seul pli : la saillie, qui sépare chaque pli, n'est pas attaquée.

Leur période d'incubation doit être la même que celle des autres chancres. Il est impossible d'obtenir des malades aucun renseignement à cet égard : aussi mes recherches ont-elles été infructueuses.

Leur marche n'offre rien de particulier. Leur durée est toujours longue. Les fonctions obligées de la partie malade, le changement de forme qu'elle éprouve en les remplissant, et le frottement produit par le passage des matières, sont autant de causes qui retardent la guérison.

Le diagnostic offre de grandes difficultés, et ici, comme dans toutes les autres espèces de chancres, il faut porter une grande attention à l'existence des bubons pour reconnaître si l'affection est primitive ou consécutive. Dans le premier cas, on trouve un engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine, qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques de l'anus ; c'est donc par l'état des ganglions de cette région que l'on peut parvenir à établir son diagnostic. J'ai longtemps partagé l'opinion commune, et je n'avais que des probabilités tirées de l'aspect de l'ulcération, de celui

de l'anus, et de la moralité de l'individu malade, pour porter mon jugement sur la nature des affections de l'anus. Ce qui m'éclaira à cet égard, ce fut l'observation que je fis sur une femme. Elle avait une ulcération à l'anus, une rougeur à la vulve, et un bubon dans l'aine correspondante au côté malade de l'anus. La rougeur disparut complétement au bout de quelques jours : l'ulcération de l'anus et le bubon persistèrent. Je ne savais d'abord comment expliquer l'existence de ce dernier (car je n'admets pas le bubon d'emblée), lorsqu'enfin je pensai qu'il était le résultat de l'absorption du virus syphilitique par l'anus. Je n'osai cependant fixer complétement mon opinion à cet égard, et ce n'est qu'après avoir observé plusieurs fois ce phénomène, que j'ai été convaincu que j'avais raison. J'ai déjà cité plus haut l'observation de deux hommes et d'une femme n'ayant aucune affection des organes génitaux et présentant une ulcération de l'anus et un bubon correspondant. L'anatomie et ce que l'on observe tous les jours pour les bubons suite de chancres dans d'autres parties, sont bien suffisants pour permettre d'adopter cette opinion.

Leur pronostic est le même que celui des chancres des autres parties.

§ 5.

Chancres de la mamelle.

Le mamelon et son aréole n'étant couverts que d'une pellicule excessivement mince deviennent facilement le siége de chancres, si on les met en contact avec une partie malade.

La cause la plus ordinaire est l'allaitement : ils dépendent quelquefois de baisers sur la mamelle.

Ils peuvent être des trois espèces. Cependant comme ils ne sont pas très-communs, je ne puis établir d'après un nombre suffisant de faits quelle est l'espèce la plus commune. Ceux que j'ai vus paraissaient se rapprocher de la deuxième espèce : néanmoins ils n'en offraient pas tous les caractères, et ils tenaient en quelque sorte le milieu entre elle et la première.

Leur siége n'est pas sur le mamelon même : il est, ou à sa base entre lui et l'aréole, ou sur l'aréole.

Leur forme est ronde, ou ovalaire et allongée.

Ils sont uniques ou multiples : le plus souvent il n'y en a qu'un.

Leur grandeur est variable : s'il y en a plusieurs, ils sont moins grands : s'il n'y en a qu'un, il est très-grand.

Leur mode de développement, leur marche, leur durée, sont les mêmes que ceux des autres chancres.

Leur diagnostic n'offre aucune difficulté quand on a soin de s'éclairer de l'existence du bubon axillaire : sans cette précaution, il peut être très-difficile. Car on pourrait prendre pour des chancres les gerçures du mamelon qui surviennent chez les femmes en couches, et qui chez quelques-unes les font tomber. J'ai eu plusieurs fois occasion d'observer des erreurs de diagnostic de ce genre. Le cas est surtout embarrassant, quand les gerçures se manifestent chez des femmes qui ont des symptômes syphilitiques primitifs. D'ailleurs les chancres des seins ne sont pas aussi fréquents qu'on l'a généralement cru, parce que, pour qu'un enfant donne du mal à une nourrice, il faut qu'il ait à la bouche des symptômes primitifs, ce qui arrive très-rarement. Je reviendrai sur ce sujet en traitant de la syphilis des enfants.

Le pronostic est le même que pour les chancres des autres parties.

§ 6.

Chancres de la peau.

Les chancres de la peau peuvent avoir leur siége dans toutes les parties du corps. Une condition est absolument nécessaire pour leur formation. Il faut que l'épiderme soit enlevé comme dans un vésicatoire, afin que le virus syphilitique agisse sur la peau dénudée : ou il faut qu'il y ait une solution de continuité de la peau. C'est ainsi que l'on voit les accoucheurs être atteints de syphilis, lorsqu'ayant une écorchure au doigt, ils délivrent une femme infectée. J'ai connu à l'hôpital de la Charité de Paris, un élève interne, qui a gagné la syphilis de cette manière. La même chose arriverait si ayant une petite plaie ou ulcération au doigt, on touchait un individu infecté, ou si l'on se piquait en faisant une opération pour une affection syphilitique primitive. J'ai cité plus haut un fait très-curieux de contagion par la peau, chez un jeune homme qu'une femme mordit parce qu'il ne voulait pas consommer avec elle l'acte vénérien.

Tout ce qu'il y a à dire sur les chancres de la peau doit se rapporter à ce que j'ai dit sur les chancres en général. Je n'entrerai dans aucun détail à leur égard; ils sont trop rares pour que j'aie pu faire des observations suivies. Ils sont accompagnés de l'engorgement des ganglions lymphatiques dans lesquels se rendent les vaisseaux de ce genre, qui appartiennent à la partie de la peau qui est malade, et cet engorgement persiste toujours après la cicatrisation.

Telles sont les observations pratiques que j'avais à donner sur les maladies syphilitiques primitives. Mes lecteurs y trouveront peut-être quelques longueurs ou quelques répétitions. Si je n'avais eu qu'à présenter sous une autre forme la description de ces maladies faite par les autres praticiens et à y ajouter le fruit de mon expérience, il est certain que j'aurais pu retrancher ou abréger plusieurs passages : mais il s'agissait de spécialiser

exactement ces maladies et d'en décrire quelques caractères qui n'ont pas été indiqués et qui méritent toute l'attention du praticien. J'ai donc cru devoir insister un peu longuement sur ces points de pathologie. En outre, comme j'ai donné une description de ces maladies en général et que je l'ai fait suivre d'une description particulière, selon les parties affectées, je devais nécessairement répéter dans cette dernière ce que j'avais dit dans la première.

Les conclusions que l'on peut tirer de ce qui a été dit dans cette première partie sont les suivantes.

1° Il existe un virus syphilitique, c'est-à-dire un principe morbifique, qui n'est pas appréciable à nos sens, qui est contagieux, et qui se présente toujours sous forme liquide.

2° Son introduction dans l'économie animale s'annonce constamment et uniquement par deux symptômes qui peuvent paraître ensemble ou isolément et qui sont contagieux. Ce sont, 1° les inflammations de l'urèthre et du vagin, et 2° les ulcères de l'organe cutané externe, et de la portion de cet organe qui fait l'union de l'organe cutané externe et de l'organe cutané interne, et que l'on rapporte communément aux membranes muqueuses.

3° Le signe pathognomonique qui fait distinguer ces inflammations et ces ulcères de ceux d'une autre nature, est le développement du bubon ou engorgement inflammatoire des ganglions lymphatiques, qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques de la partie malade.

4° Le bubon a pour caractère spécial de ne pouvoir se résoudre complétement quelque moyen qu'on mette en usage, et le ganglion engorgé reste dur et rénitent. Dans les cas de suppuration, si le ganglion n'est pas détruit, il offre ces caractères; s'il est détruit on n'en trouve plus de traces, et il y a une cicatrice.

Les observations, que je pourrais rapporter à l'appui de ce que j'avance, devant être nécessairement placées dans la deuxième partie, je crois inutile de les donner ici.

DEUXIÈME PARTIE.

—

SYPHILIS CONSÉCUTIVE EN GÉNÉRAL.

—

La syphilis consécutive est une maladie non contagieuse, qui reconnaît pour cause la transmission accidentelle, ou la transmission originelle de la syphilis.

Je répéterai, relativement à la non-contagion de la syphilis consécutive, ce que j'ai déjà dit plus haut, que mes recherches et mes observations m'ont toujours prouvé qu'elle ne pouvait pas se transmettre par le contact, et j'ajouterai que je connais plusieurs exemples de syphilides tuberculeuses végétantes, dans lesquelles il y a eu contact sans infection. L'inoculation ne peut avoir lieu non plus; elle occasionne des accidents, résultats de l'irritation produite par le pus : mais elle ne donne pas la syphilis.

J'étudierai successivement la syphilis consécutive par transmission accidentelle, et celle par transmission originelle. Je désignerai la première sous le nom de syphilis consécutive, et la seconde sous le nom de syphilis congéniale.

La syphilis consécutive est toujours la suite de l'absorption du virus syphilitique manifestée par une inflammation ou un ulcère syphilitiques primitifs avec bubon.

Des praticiens ont avancé qu'elle pouvait survenir sans avoir été précédée des symptômes de la syphilis primitive. Ils ont cru que celle-ci pouvait être introduite dans l'économie animale, y séjourner plus ou moins longtemps et apparaître ensuite sous la forme de syphilis consécutive. Cela ne s'observe jamais. Il y a toujours eu antérieurement inflammation ou ulcère syphilitiques primitifs avec bubon. Si l'on se contente d'interroger les malades, et si l'on s'en rapporte à leurs réponses, on en trouvera fréquemment qui diront qu'ils n'ont jamais eu d'affections primitives : et si l'on examine avec soin les diverses parties qui peuvent en être le siége, on verra souvent qu'on a été induit en erreur. Mais souvent aussi on ne trouvera aucune trace, comme à la suite des uréthrites, des vaginites et de certains chancres. L'existence du bubon mérite donc une grande attention, et le praticien ne saurait faire trop de recherches à cet égard; car c'est, comme je l'ai démontré, le seul signe vraiment pathognomonique de la nature syphilitique des inflammations et des ulcères. Il devra aussi multiplier ses demandes, et ses interrogations, et souvent ce ne sera que par questions réitérées et faites sous toutes les formes qu'il parviendra à obtenir l'aveu des malades. En parlant du bubon, j'ai dit que je rapporterais des observations tendant à prouver l'infaillibilité de ce signe. Les détails en seraient, je crois, inutiles, parce qu'il est facile de vérifier chaque jour ce que j'avance. Je ne donnerai que les résultats de 30 cas, pris au hasard, en une fois, à l'hôpital des vénériens, sur des hommes et des femmes.

Syphilides, 28 cas.

8 à la suite de chancres.
6 à la suite d'uréthrite ou vaginite.
14 à la suite de chancres et d'uréthrite ou vaginite coexistants.

16 avec bubon suppuré,
12 avec bubon non suppuré.

Maladies des os.

2 à la suite de chancres avec bubon suppuré.

La syphilis consécutive peut se manifester à toutes les époques après l'infection. Quelquefois il se passe un assez grand nombre d'années entre l'époque de son apparition et celle où a eu lieu la contagion. D'autres fois au contraire elle survient pendant que les premiers symptômes de la transmission existent encore. Cette différence a fait établir une division des maladies syphilitiques consécutives en maladies secondaires ou qui surviennent pendant l'existence des symptômes primitifs, et en maladies consécutives ou qui surviennent plus ou moins longtemps après la disparition des symptômes primitifs. Cette distinction est totalement insignifiante, et a le grand inconvénient de nécessiter des subdivisions qui loin d'être utiles à la connaissance des maladies syphilitiques ne font que jeter de l'obscurité dans leur diagnostic. Je la concevrais si certaines maladies n'avaient jamais lieu que pendant le cours des affections primitives, et si certaines autres ne se manifestaient qu'à une époque plus ou moins éloignée de la guérison des symptômes primitifs. Mais il n'en est pas ainsi. Elles peuvent toutes apparaître soit pendant l'existence soit après la guérison des symptômes primitifs. Quelques-unes à la vérité sont plus fréquentes pendant leur durée, mais elles existent aussi quand ils sont totalement guéris, et elles sont si peu nombreuses qu'elles ne peuvent que confirmer la règle. Leur apparition d'ailleurs tient à une cause que l'on peut prévenir. Lorsqu'une inflammation ou un ulcère se manifeste et qu'il est accompagné de bubon, si on combat de suite sa nature par un traitement spécifique convenable, on prévient le développement des symptômes consécutifs ; si au contraire, on n'emploie qu'une méthode antiphlogistique, on aperçoit bientôt des symptômes consécutifs. Dans quelques cas même leur apparition est si rapprochée de celle des primitifs qu'on les a confondus ensemble : et c'est là l'origine de la confusion établie entre les uns et les autres, confusion que J. L. Petit et John Hunter avaient bien reconnue, et avaient déjà fait disparaître en partie. Il y a plus : si vous employez le traitement spécifique à dose non convenable, vous ne suspendez que momentanément la force du virus syphilitique, et bientôt vous le voyez faire naître des symptômes consécutifs, dont l'apparition est plus ou moins prompte en raison de la quantité du spécifique mise en usage. On rencontre tous les jours des exemples de ce genre, où l'on voit d'une manière bien évidente le rapport entre la dose du spécifique et l'époque de l'apparition des symptômes consécutifs.

La syphilis consécutive se développe dans tous les tissus du corps ; et elle se présente sous des formes très-nombreuses et très-variées.

Les signes de la syphilis consécutive ne peuvent pas être indiqués : il n'y a aucun symptôme général, qui fasse connaître qu'un individu renferme en lui un principe syphilitique : ce n'est que par l'apparition des symptômes locaux que son existence se manifeste. On pourrait rattacher aux signes communs à toutes les maladies syphilitiques les phénomènes que présente l'inflammation, la teinte jaune de la peau, la fièvre et la névrose syphilitiques.

La marche et la durée de la syphilis consécutive sont très-lentes en général. L'on voit souvent les maladies qu'elle occasionne persister pendant des années, et tourmenter, pour ainsi dire, l'économie avant de la compromettre. Il y a cependant quelques-unes de ces affections qui ont une marche très-rapide : ce sont celles qui sont suivies de suppuration abondante, comme la syphilide ulcéreuse, et les nécroses, qui peuvent subsister longtemps sans nuire à la vie. La durée du séjour de la syphilis consécutive dans l'économie animale, sans se manifester au dehors, varie beaucoup : elle est en rapport avec les moyens thérapeutiques mis en usage pour combattre la syphilis primitive. Plus ces moyens sont efficaces, plus son apparition est tardive. Sa durée, après que ces symptômes se sont montrés, varie en raison de leur nature.

La terminaison la plus ordinaire de la syphilis consécutive est le retour à la santé. Rarement aujourd'hui la mort est produite par elle. J'en ai cependant vu deux exemples : l'un chez une négresse qui avait plusieurs os de la tête nécrosés, et une syphilide ulcéreuse sur différentes parties du corps : l'autre chez un jeune homme de 20 ans qui eut à la suite de chancres une syphilide ulcéreuse et serpigineuse. Plusieurs autres sont venus à ma connaissance ; mais je n'ai pas sur eux assez de détails pour les citer. On voit souvent des individus qui ont eu la syphilis, et chez lesquels elle a été suivie de symptômes consécutifs, conserver pendant toute leur vie des douleurs soit dans les membres, soit à l'abdomen, à la poitrine ou à la tête. Ce sont principalement ceux qui ont passé entre les mains de plusieurs hommes de l'art, et qui ont subi plusieurs traitements incomplets. Ces accidents sont très-difficiles à guérir, et souvent incurables, quoi qu'on fasse.

La multiplicité des formes sous lesquelles se présente la syphilis constitutionnelle, la différence de ces formes, le peu d'analogie qui existe entre elles, et plus encore peut-être la dissidence d'opinions entre les praticiens éclairés, et la mauvaise foi de quelques personnes que l'on croit avoir acquis une grande habileté dans la connaissance de la syphilis, rendent le diagnostic des maladies syphilitiques très-incertain et très-difficile pour les personnes de l'art qui n'ont pas l'habitude d'en

voir. Mais lorsqu'on en a observé un grand nombre, et que l'œil et le jugement se sont appliqués à les comparer, on peut sans peine arriver à un diagnostic sûr. Il est possible que dans quelques cas épineux on ait au premier abord quelque incertitude : mais bientôt l'étude approfondie du malade et de la maladie éclairent et affermissent le jugement.

Le pronostic doit être considéré sous le rapport de l'infection syphilitique, et sous celui de la maladie locale. Sous le premier point de vue, il est grave, puisqu'il est la preuve qu'il existe dans l'économie un principe malfaisant qui peut agir indistinctement sur nos organes et les compromettre plus ou moins. Sous le second point de vue, sa gravité varie en raison du symptôme.

J'ai dit en parlant des signes de la syphilis consécutive que l'inflammation, la teinte jaune de la peau, la fièvre et la névrose syphilitiques pouvaient se rapporter aux symptômes communs; je vais les décrire successivement.

§ 1.

Inflammation syphilitique consécutive.

Un grand nombre des maladies produites par la syphilis consécutive peut être rapporté à l'inflammation ; car nous trouvons dans beaucoup d'entre elles tous les phénomènes de cette affection. Néanmoins, nous y rencontrons des différences notables tant dans les signes, la marche et la durée, que dans les terminaisons et le traitement.

Les signes de toute inflammation sont la tumeur, la douleur, la rougeur et la chaleur. Nous les retrouvons dans celle qui nous occupe ; mais quel que soit son degré d'intensité, ils ne sont jamais aussi marqués que dans l'inflammation aiguë, et ils ont toujours une analogie très-grande avec ceux de l'inflammation chronique. Et même le dernier de ces symptômes, la chaleur, pourrait être éliminé : car je crois qu'on ne l'observe dans aucune inflammation syphilitique consécutive : au moins je ne l'ai jamais vu, et jamais les malades ne m'ont dit éprouver un sentiment de chaleur, comme cela arrive dans les inflammations aiguës.

La tumeur est très-constante et très-apparente. Elle est souvent le seul symptôme qui existe. Son caractère spécial est d'être très-dure et très-rénitente : elle n'offre ni empâtement, ni élasticité. Elle est rarement sans douleur : mais elle existe fréquemment sans rougeur qui ne se manifeste que très-tard. Elle s'observe dans les inflammations soit superficielles, soit profondes.

La douleur est de deux sortes : l'une dépend de l'altération des parties, l'autre dépend de l'action générale du virus syphilitique sur l'économie. Cette dernière appartient à la névrose syphilitique consécutive et ne doit pas nous occuper ici. La première qui seule appartient à l'inflammation syphilitique consécutive est obtuse, sourde, et gravative : elle n'est jamais aiguë ni pongitive.

La rougeur ne s'observe pas constamment, au moins dans le principe, et ce n'est qu'après que l'inflammation a persisté longtemps, ou qu'elle tend à la suppuration qu'on la voit survenir. Il y a même certaines affections où elle ne se manifeste jamais, quels que soient leur ancienneté et leur degré d'intensité. On lui a donné un nom particulier : on l'a nommée *teinte cuivrée*. Si ce nom était appliqué à une couleur très-tranchée, qu'on ne pût jamais confondre avec d'autres, je l'admettrais, et je donnerais une description sans faire aucune remarque sur la dénomination : mais j'ai vu désigner sous le nom de teinte cuivrée des couleurs très-différentes ; j'ai vu cela à une époque où je ne connaissais pas les maladies syphilitiques; et plus tard ce fut pour moi une difficulté de diagnostic ; je l'ai vu faire depuis devant des élèves qui ne les connaissaient pas, et comme il est impossible de dire exactement ce qu'on entend par teinte cuivrée, on les conduit nécessairement à l'erreur. C'est d'autant plus facile que la teinte des maladies syphilitiques n'est pas toujours la même, et que dans quelques cas elle a du rapport avec la couleur du cuivre, métal pur ou mélangé, et avec la couleur cuivrée de certains peuples, et que dans d'autres cas, elle n'a aucune analogie avec ces couleurs. D'ailleurs elle varie aux différentes époques de l'inflammation. Certaines personnes disent : c'est un nom de convention ; mais pourquoi prendre pour nom de convention, celui d'une chose connue, que l'on a tous les jours sous les yeux, quand il n'y a aucune ressemblance entre la couleur de cette chose, et celle de la maladie. Si c'est pour tromper, et jeter de l'obscurité dans une étude qui en offre déjà assez, je crois qu'on a eu raison : mais si c'est pour mener à la vérité et débrouiller le chaos de la syphilis, je pense qu'on a eu tort. Aussi je rejette complétement le nom de teinte cuivrée, et je me contente de dire la couleur ou la teinte de l'inflammation syphilitique consécutive. Cette couleur est d'un rouge brunâtre et violacé, assez analogue à celle de la peau dans les abcès scrofuleux, mais cependant plus foncée, surtout dans l'inflammation des membranes muqueuses. Cette couleur assez difficile à décrire est très-reconnaissable pour celui qui l'a vue plusieurs fois. On la retrouve dans toutes les inflammations syphilitiques consécutives parvenues à leur summum d'intensité : dans celles qui commencent ou dans celles qui sont à leur déclin, elle n'est pas aussi marquée. C'est alors qu'il y a quelquefois une teinte moins foncée, qui a quelque analogie avec la couleur du cuivre. On l'observe principalement dans la période décroissante : car dans la période ascendante, la teinte de la peau se rapproche plus de la couleur violacée. Au reste on ne voit aucune

teinte cuivrée dans les inflammations syphilitiques consécutives des membranes muqueuses, ce n'est que dans celles de la peau, et souvent on la retrouve dans les inflammations de cette membrane qui n'ont rien de syphilitique. Ainsi je crois qu'il faut totalement rejeter le nom de teinte cuivrée malgré l'autorité des praticiens très-recommandables, tant anciens que modernes, qui l'ont employé. Dans les inflammations syphilitiques consécutives des organes situés profondément, la peau ne devient rouge qu'à un degré très-avancé de la maladie, comme dans toutes les inflammations chroniques.

La marche diffère beaucoup de celle de l'inflammation produite par toute autre cause. Elle est très-lente : les signes ne peuvent en rien faire préjuger de sa durée. Quelquefois l'inflammation paraît devoir marcher promptement vers l'une ou l'autre terminaison, et elle reste longtemps dans le même état : d'autres fois au contraire elle ne présente aucun signe qui puisse faire présumer qu'elle doive se terminer avant un temps très-long, et on trouve bientôt du pus amassé sous la peau saine. Et quand il y a ainsi une collection purulente, on ne peut encore diagnostiquer l'époque où il se portera au dehors, ni les ravages qu'il pourra faire. Car si l'on emploie un moyen thérapeutique convenable, il peut être résorbé, et disparaître complétement ; et si on n'en fait pas usage, ou si, malgré son administration, le pus reste dans son foyer, et décolle la peau, ce n'est souvent que très-tard qu'il s'ouvre une voie au dehors.

Les terminaisons sont : la résolution, qu'on obtient souvent par un traitement convenable ; la suppuration, qui est toujours très-longue à se former : la gangrène, qu'on peut quelquefois arrêter quand elle n'est qu'imminente ; l'ulcération, qui est assez fréquente, et enfin l'induration.

Le diagnostic, en général, facile pour l'œil exercé, présente néanmoins des difficultés dans quelques cas. L'examen des circonstances antécédentes et concomitantes sert à l'éclairer.

Le pronostic n'est pas grave quand on attaque la maladie de bonne heure par les moyens convenables. Mais quand elle existe déjà depuis longtemps, il varie en raison des progrès et des terminaisons. Celles par suppuration, gangrène et ulcération sont souvent fâcheuses, surtout si on a de la peine à arrêter la marche du mal par le traitement approprié, parce qu'alors il faut tâtonner jusqu'à ce qu'on ait trouvé le moyen thérapeutique convenable, et que pendant ce temps la maladie fait des progrès.

§ 2.

Teinte jaune de la peau.

Les individus, dont la constitution est profondément altérée par la syphilis, ont la peau jaune. Cette teinte a quelque analogie avec celle que l'on observe dans plusieurs maladies, et surtout dans les affections cancéreuses anciennes et parvenues à leur plus haut degré, et dans les fièvres intermittentes. Il est de toute impossibilité de la décrire d'une manière très-exacte. On ne pourrait pas même la représenter par une gravure coloriée, parce qu'elle offre des différences chez chaque individu. Elle se rapproche plus de celle de la peau dans les fièvres intermittentes : on dirait que la peau jaune est couverte d'une poussière : son aspect est mat et terreux. Elle n'existe jamais seule, mais avec une autre maladie locale, qui sert à établir le diagnostic. Je l'ai vue avec toute espèce de maladie syphilitique consécutive. Les cas les plus graves et les plus difficiles sont ceux où elle existe avec des affections, qui peuvent être regardées comme des cancers, ainsi : l'engorgement du rectum, celui de la lèvre inférieure, les exostoses du sinus maxillaire avec déformation du nez, que l'on peut prendre pour un polype sarcomateux du sinus, etc. On doit apporter alors une très-grande attention dans le diagnostic, et être très-réservé sur le pronostic. Celui de cette teinte jaune n'est grave que lorsque la maladie syphilitique consécutive qui l'accompagne n'a pas un caractère très-tranché. Ainsi, par exemple, dans les cas de syphilide, la cure a toujours été facile : dans ceux d'exostose ou de périostose, également : mais dans ceux de douleurs rhumatismales, ou de lésion des fonctions d'un organe, il n'en a pas été de même.

§ 3.

Fièvre syphilitique consécutive.

Les maladies syphilitiques consécutives sont souvent accompagnées d'une fièvre, qui cesse d'elle-même au bout de quelques jours par l'emploi des médicaments appropriés à l'affection syphilitique. Elle peut avoir le type continu, ce qui est plus fréquent, ou le type intermittent, ce qui est rare. Hunter parle de cette dernière. Je ne l'ai vu qu'une fois. C'était chez une femme, qui avait une syphilide tuberculeuse du nez et de l'anus. J'attendis que la fièvre fut réglée : elle avait le type tierce ; quand je l'eus bien observée, et fait observer aux élèves, je donnai le mercure (proto-iodure), et le quatrième accès n'eut pas lieu.

§ 4.

Névrose syphilitique consécutive.

Sous ce nom je désigne cette affection nerveuse, qui accompagne si fréquemment (je pourrais presque dire toujours) les maladies syphilitiques consécutives, et dont le caractère spécial est de revenir chaque soir pour durer pendant toute la nuit, et se dissiper le matin. Ce que cette névrose

a de plus remarquable, c'est sa coïncidence avec le lever et le coucher du soleil. Lorsque le soleil baisse et est sur le point de quitter notre horizon, le malade commence à souffrir : la douleur va en augmentant jusque vers le milieu de la nuit : elle est telle, qu'elle chasse le sommeil, et force le malheureux malade de veiller, soit en restant au lit, soit en passant la nuit sur une chaise. Elle diminue insensiblement vers le matin, et elle cesse complétement quand le soleil revient sur notre horizon : elle laisse le malade tranquille jusqu'au soir. Une chose bien digne d'attention, c'est son retour, et sa cessation changeant d'heure selon les saisons, selon que le soleil revient et disparaît plus tôt ou plus tard : et par conséquent plus la nuit est courte, moins la douleur est longue. Aussi faut-il faire varier ses interrogations à cet égard, selon les saisons. On avait cru que la chaleur du lit était la cause de cette névrose intermittente, mais c'est une erreur qui a été favorisée par le rapport qu'il y a entre l'époque du summum de l'accès et celle où on se couche. Il y a des malades qui ne souffrent nullement le jour, et chez lesquels l'accès est alors très-facile à constater : mais il en est d'autres qui souffrent dans la journée, et il est souvent moins aisé de s'assurer du retour de l'accès. Il suffit d'en être prévenu pour établir son diagnostic. Cette névrose n'augmente en rien la gravité de la syphilis consécutive : elle disparaît très-aisément.

Je terminerai ce que j'ai à dire sur la syphilis consécutive en général, en faisant observer que lorsqu'elle est très-ancienne et très-invétérée, et qu'elle n'a pas été traitée convenablement, elle réduit le malade à un état de cachexie telle, qu'elle est tout à fait au-dessus des ressources de l'art, et que le chirurgien est dans la cruelle nécessité de le voir périr, quoi qu'il puisse faire. Cependant, dans quelques cas qui paraissaient désespérés, on a pu, à force de soins, rendre la santé aux malades.

La syphilis consécutive se montre sous un grand nombre de formes : pour les exposer d'une manière claire et précise, je vais les étudier d'abord dans chaque système, et ensuite dans chaque organe. Pour les systèmes, j'adopterai la fréquence des maladies ; pour les organes j'irai de la tête aux pieds.

CHAPITRE I.

SYSTÈME CUTANÉ.

—

Le système cutané soit externe, soit interne, c'est-à-dire la peau et les membranes muqueuses, est le siége le plus fréquent des maladies syphilitiques consécutives.

Je les examinerai successivement dans l'un et dans l'autre.

ARTICLE I.

Système cutané externe, ou peau.

Les maladies syphilitiques consécutives de la peau ont reçu le nom de Syphilides.

Les syphilides ne sont jamais un symptôme primitif, mais toujours un symptôme consécutif. Quelquefois elles se manifestent pendant le cours d'une affection primitive. L'on a cru longtemps et l'on croit encore aujourd'hui que quelques maladies de la peau et surtout la syphilide tuberculeuse désignée par des écrivains sous le nom de pustules, étaient une maladie primitive, et par conséquent contagieuse. C'est une erreur qui a trouvé sa source dans deux causes : la première est le peu d'attention des observateurs et leur confiance dans le rapport des malades, qui soutiennent toujours ne pas avoir eu de maladies syphilitiques antécédentes ; la seconde est l'époque de l'apparition de la syphilide pendant le cours de l'affection primitive, et souvent peu après qu'elle s'est manifestée. J'ai pendant un temps partagé l'opinion générale, mais des faits bien observés et des recherches exactes, m'ont prouvé que je me trompais.

Elles diffèrent entre elles relativement à leurs formes, qui sont au nombre de huit.

1° Exanthème.
2° Vésicule.
3° Pustule.
4° Tubercule.
5° Papule.
6° Squamme.
7° Macule.
8° Ulcère.

Leur siége est sur toute la surface de la peau : cependant quelques-unes se montrent de préférence sur certaines parties : j'indiquerai plus bas ces différences.

Les signes sont particuliers ou généraux. Les premiers appartiennent à chaque espèce. Les seconds sont ceux de la syphilis consécutive.

On a admis des signes communs relatifs à la forme, aux squammes, aux croûtes, et à la teinte cuivrée. Les trois premières classes ne sont ni constantes ni propres aux syphilides : quant à la dernière, j'en ai parlé en traitant de l'inflammation.

Les syphilides peuvent exister seules, ou être compliquées d'autres symptômes de la syphilis consécutive.

Le diagnostic demande une grande attention, parce que dans quelques cas, il y a beaucoup d'obscurité.

Le pronostic varie selon chaque espèce.

§ 1.

Syphilide exanthématique.

La syphilide exanthématique survient ordinairement pendant le cours des uréthrites ou des vaginites. Elle a son siége au tronc et aux membres. Elle se présente sous la forme de plaques plus ou moins grandes, de couleur rosée, de figure irrégulière, disparaissant en partie sous le doigt, mais non entièrement comme l'érysipèle, venant, dans le plus grand nombre des cas, pendant la nuit, en causant un léger trouble dans l'économie, et ne durant qu'un ou deux jours : quelquefois se prolongeant plus longtemps. Elle n'offre pas une élevure sensible au-dessus du niveau de la peau. Une fois passée, elle ne reparaît pas. On a beaucoup insisté sur la teinte cuivrée qu'elle offre pendant son cours ou au moins à son déclin. Je ne l'ai jamais observée ; je n'ai vu que la teinte rosée disparaître graduellement en laissant à la peau une coloration un peu plus foncée, comme cela s'observe dans d'autres circonstances : j'ai souvent remarqué qu'elle s'effaçait sans laisser aucune trace.

Le diagnostic est assez facile, à cause de sa coïncidence avec une inflammation syphilitique primitive.

Parmi les nombreux exemples que j'ai observés, le plus remarquable est celui d'une femme sur les jambes de laquelle il survint pendant le cours d'une vaginite, des plaques absolument semblables à un érysipèle, et disparaissant sous le doigt; mais accompagnées de douleurs très-vives. Elles ont duré un septenaire, et ont cédé au repos, aux applications émollientes, et aux laxatifs. C'est le seul cas où j'ai vu la maladie se prolonger aussi longtemps.

§ 2.

Syphilide vésiculeuse.

Je n'ai jamais observé cette variété dont plusieurs écrivains ont cité des exemples dans ces derniers temps. Il en est de même de la syphilide bulleuse. Si les observations rapportées se rattachaient plus évidemment à la syphilis, je les aurais copiées : mais elles me semblent incomplètes. J'ai vu quelquefois des bulles ou des vésicules chez des individus syphilitiques; jamais je n'ai pu trouver une relation intime entre elles et la syphilis. Cependant je ne nie point leur existence.

§ 3.

Syphilide pustuleuse.

Avant de décrire la syphilide pustuleuse, je ferai une remarque sur les maladies que l'on doit appeler pustuleuses, et sur celles auxquelles on a donné ce nom, et qui ne le méritent pas.

On appelle pustule une tumeur circonscrite, formée par l'épanchement à la surface du derme enflammé d'un fluide purulent qui soulève l'épiderme. Si on abandonne la pustule à elle-même, il peut arriver deux choses : 1° ou l'épiderme se rompt, le pus sort, se concrète et forme une croûte qui persiste plus ou moins longtemps ; 2° ou l'épiderme ne se rompt pas, le pus se concrète au-dessous de lui, et la croûte formée tombe au bout d'un temps variable. Dans l'un et l'autre cas, il y a détachement de l'épiderme autour de la croûte, et à la chute de celle-ci, il reste une rougeur plus ou moins marquée et plus ou moins persistante : dans quelques cas, il y a cicatrice.

Si on perce l'épiderme pour donner issue au pus, le phénomène est le même que dans le premier cas.

Tels sont les caractères de la pustule. On les a appliqués à deux maladies syphilitiques consécutives, qui n'ont aucun rapport avec elle. L'une est la syphilide tuberculeuse plate, que l'on a nommée pustule plate, et dans laquelle il n'y a jamais formation de pus. L'autre est la syphilide ulcéreuse. Il y a quelquefois à la surface des pustules une légère excoriation qui est le résultat du soulèvement de l'épiderme, mais il n'y a jamais un ulcère véritable, comme celui que je décrirai plus bas : et dans les cas où on croit l'avoir observé à la suite d'une pustule, on a confondu la croûte formée par le pus concrété à la surface du derme, avec l'épiderme soulevé.

La syphilide pustuleuse se présente sous deux formes : 1° la syphilide pustuleuse phlyzaciée ; 2° la syphilide pustuleuse psydraciée.

1° La syphilide pustuleuse phlyzaciée a son siége dans différentes parties du corps, mais surtout dans les points où la peau est mince et fine. Je l'ai vue constamment à la face externe des grandes lèvres, et à la face interne des cuisses. On dit qu'elle peut se manifester à la face et à la poitrine. Elle coexiste toujours avec une maladie primitive. Les pustules sont plus ou moins nombreuses, isolées, discrètes, quoique très-rapprochées et groupées dans quelques cas, saillantes à peu près comme celles de la variole, déprimées au centre, et parfois tout à fait ombiliquées. Leur base est très-rouge et peu large : elles contiennent une petite quantité de fluide blanc jaunâtre. Il se forme une croûte qui tombe dans un espace de huit à dix jours, et qui, à sa chute, laisse une tache grisâtre qui disparaît peu à peu, et à laquelle succède quelquefois une tache blanchâtre analogue à une cicatrice. Je ne l'ai jamais vue confluente, ni suivie d'ulcères : je crois que, dans les cas de cette espèce cités par les écrivains, on l'aura confondue avec la syphilide ulcéreuse. On observe quelquefois chez les individus attaqués de syphilis, de larges pustules,

semblables à celles de l'ecthyma. On a nommé cette variété, ecthyma syphilitique. Elle n'est jamais suivie d'ulcération ; mais toujours il se forme une croûte, et à sa chute, la peau est saine ; seulement elle est d'une couleur brunâtre. Si on ôte la croûte, on voit une simple excoriation.

2° La syphilide pustuleuse psydraciée a son siége dans toutes les parties du corps, mais surtout au front, aux épaules et à la face. Quand elle a son siége au front, on lui donne le nom de *Corona veneris*. Elle est un symptôme consécutif, qui ne coexiste pas avec un symptôme primitif, mais qui survient plus ou moins longtemps après une infection. Elle est caractérisée par des pustules petites, groupées les unes à côté des autres, très-nombreuses, conoïdes, à base dure, entourées d'une auréole grisâtre. Elles ont une couleur rouge pâle dépendant du peu d'intensité de l'inflammation. Le pus se forme très-lentement; aussi voit-on souvent des pustules naissantes à côté de celles qui sont flétries, et des traces de celles qui ont disparu. Le pus, en se desséchant, forme une croûte jaunâtre, qui laisse quelquefois à sa chute une cicatrice blanche, circulaire et enfoncée, mais toujours très-petite.

Elle a une grande ressemblance avec l'acné, dont elle ne diffère que par la couleur, qui est plus vive dans cette dernière parce que l'inflammation a plus d'activité.

§ 4.

Syphilide tuberculeuse.

Dans la pathologie du système cutané, le mot tubercule a une acception différente de celle qu'on lui donne dans la pathologie des autres parties du corps. On entend ordinairement par le mot de tubercule, une altération de tissu consistant dans la formation d'une matière blanc-jaunâtre, opaque, friable, susceptible de se ramollir, et de se convertir en liquide puriforme. Dans la pathologie du système cutané, on donne le nom de tubercule à des tumeurs de la peau solides, persistantes, arrondies, circonscrites, ordinairement isolées, se confondant quelquefois par leur base, et formant au-dessus du niveau de la peau une saillie plus ou moins grande.

Les tubercules syphilitiques présentent ces caractères, et de plus ils en offrent un particulier qu'on ne leur a pas assigné, et qui, je crois, les différencie tout à fait de la syphilis ulcéreuse ; c'est qu'ils ne sont jamais suivis de ces ulcérations profondes qui labourent les parties molles. On voit quelquefois à leur surface une excoriation qui jamais ne s'enfonce profondément.

La syphilide tuberculeuse se présente sous trois formes, que je distinguerai sous les noms de syphilide tuberculeuse arrondie, de syphilide tuberculeuse plate, et de syphilide tuberculeuse végétante.

1° La syphilide tuberculeuse arrondie peut avoir son siége sur toute la surface de la peau : mais on l'observe spécialement à la face interne des cuisses, aux organes génitaux, à l'anus, au nez et aux joues. Elle se présente sous la forme de tumeurs rondes, représentant au-dessus du niveau de la peau la moitié ou les deux tiers d'une sphère; ayant de la consistance, une couleur rouge violacée blafarde, ne se couvrant jamais de squames, ne fournissant jamais de suppuration quand elles ont leur siége dans une partie où elles n'éprouvent aucun frottement : ayant quelquefois, lorsqu'elles sont exposées à des frottements, une excoriation sur le point le plus saillant de leur circonférence qui alors est aplati. Elles ne déterminent aucune douleur, et peuvent rester stationnaires pendant plusieurs années. Le diagnostic est facile d'après ce que je viens de dire. On l'a confondue avec une variété de la syphilide ulcéreuse dans laquelle il se développe soit dans la peau, soit au-dessous d'elle, des tumeurs rondes qui s'enflamment, et occasionnent des ulcères profonds dont les cicatrices sont très-apparentes. Elle en diffère essentiellement, puisqu'on ne voit jamais à sa suite que des excoriations : et encore, il faut, pour qu'elles existent, des circonstances particulières tout à fait inutiles dans la syphilide ulcéreuse.

2° La syphilide tuberculeuse plate, qui avait été désignée par Cullerier sous le nom de pustules plates, et à laquelle tous les praticiens donnent encore ce nom, est de toutes les affections syphilitiques consécutives celle qui a été le plus souvent confondue avec les symptômes primitifs. Cependant elle n'en est jamais un. Toutes les fois que je l'ai vue, mes interrogations ont été faites avec grand soin, et j'ai toujours observé qu'elle était un symptôme consécutif surtout des écoulements avec lesquels elle coexiste souvent. Une autre remarque assez curieuse et dont les non-partisans du virus syphilitique n'ont pas su faire leur profit, c'est qu'elle se manifeste principalement chez les individus malpropres, et que la propreté suffit pour la faire disparaître.

Son siége le plus ordinaire est aux parties génitales externes, à l'anus, à la face interne des cuisses surtout chez les femmes (moins chez les hommes qui sont attaqués de préférence en cet endroit de syphilide tuberculeuse arrondie), aux lèvres de la bouche, à la langue et à la partie postérieure du cou.

Elle se présente sous la forme de tubercules ronds, épais, plats, ayant une épaisseur égale dans toute leur surface, et présentant un bord épais, quelquefois d'une ligne, et qui paraît plus en relief que le reste du tubercule. Sa couleur est rouge livide. La grandeur des tubercules est très-variable. Les moins grands sont comme une lentille et ils présentent toutes les différences intermédiaires jusqu'à celle d'une pièce d'un franc. Quoiqu'en général ils soient tout à fait ronds, ce-

pendant on en voit qui sont elliptiques. Ils sont isolés : rarement ils se confondent par leurs bords voisins. Ils ont une apparence molle, mais sont rénitents. Leur face libre, comme fendillée, fournit une matière d'une odeur nauséabonde, très-caractérisée, quand la maladie a son siége aux organes génitaux, et que l'on reconnaît sans peine. Jamais elle ne s'ulcère. Elle offre à la langue et aux lèvres de la bouche des différences que j'indiquerai en parlant des maladies syphilitiques consécutives de ces parties. Le diagnostic est très-facile : elle ne peut être confondue avec aucune autre affection.

On doit rapporter à la syphilide tuberculeuse plate la maladie que l'on a nommée poireau. Il ne diffère que par sa couleur blanche et sa sécheresse : il offre les mêmes caractères : saillie égale dans toute son étendue, surface adhérente aussi grande que la surface libre, bord droit, milieu un peu plus enfoncé que la circonférence. Son siége ordinaire est au gland et sur la peau de la verge.

Nous devons encore rapporter à la syphilide tuberculeuse plate, les excroissances nommées condylomes, et qui ont leur siége au bord de l'anus; elles sont semblables aux replis qu'offre la membrane muqueuse à l'orifice de l'anus, et n'en diffèrent que par leur volume seul. Elles présentent du reste tous les caractères du tubercule aplati.

3° La syphilide tuberculeuse végétante se présente sous la forme de tumeurs plus ou moins saillantes qui ont pour caractère spécial d'offrir à leur surface libre une multitude de cônes blanchâtres, peu saillants, isolés, et qui paraissent supportés sur des tiges, rouges, arrondies, placées perpendiculairement au-dessus du niveau de la peau, parallèlement l'une à l'autre, et réunies à leur base tantôt sur une base large, tantôt sur un pédicule.

Différents noms ont été donnés à cette maladie. Le plus commun est celui de végétations que j'emploierai, parce qu'il est plus court que celui que j'ai dû lui donner pour la rapporter à mon cadre nosologique. D'autres noms mis souvent en usage, mais qui doivent être abandonnés, quoiqu'ils expriment très-exactement la forme et l'aspect des tumeurs, sont ceux de choufleur et de framboise. Il en est de même de ceux de mûres, groseilles, fraises, poireaux, fics, condylomes, crêtes de coq, etc., je les rejette tous, parce qu'ils sont tous insignifiants, et quelques uns mal appliqués.

Les végétations ont leur siége le plus fréquent sur cette partie de la peau qui est le siége des chancres, et qui paraît avoir une structure intermédiaire à celle de la peau et des membranes muqueuses. On en voit aussi sur la peau quand elle est fine, ainsi qu'au périnée, aux environs de l'anus, du pénil, et du pli des cuisses. Je dois faire observer que c'est surtout chez les femmes qu'on en rencontre sur ces parties, ce qui dépend, je pense, du contact de l'écoulement vaginal sur les unes, et de l'humidité habituelle des autres; car chez l'homme, on n'en trouve presque spécialement que sur les parties de l'organe cutané qui sont habituellement humides, comme le gland et la face interne du prépuce.

Le volume des végétations varie depuis celui de la pointe d'une très-grosse épingle jusqu'à celui du poing et plus. Dans le plus grand nombre des cas, elles sont de la grosseur d'un grain de millet, d'un pois, d'une lentille. J'en ai vu, qui chez l'homme occupaient toute la circonférence de la couronne du gland, et tout le prépuce : j'ai vu, chez une femme, une végétation énorme, qui surpassait le volume du poing de l'homme le plus fort, et qui avait son siége sur les bords de l'anus : et chez une autre femme, j'en ai trouvé quatre rangs, un dans chaque pli de la cuisse, et un sur chaque grande lèvre; ces deux derniers rangs se réunissaient derrière l'anus : il y en avait de plus une quantité innombrable de très-petites sur le Mont-de-Vénus.

Le nombre est très-variable; il y en a une, deux, quatre, et plus : on en voit jusqu'à quinze et vingt. Chez quelques individus, elles ne peuvent être comptées, comme je l'ai observé à l'anus et aux grandes lèvres. Dans ce cas elles finissent souvent par se joindre et former une masse dans laquelle il est impossible de distinguer la base de chaque végétation.

Leur forme offre une multitude de variétés : tantôt elles sont à base large, tantôt pédiculées, tantôt rondes, tantôt pointues, tantôt allongées.

Les végétations se développent de deux manières, ce qui influe sur la forme qu'elles doivent avoir plus tard. Dans l'un des modes de développement, la végétation apparaît sous la forme d'une pointe, de la grosseur de celle d'une grosse épingle : elle est blanche le plus souvent, dans quelques cas rares elle reste rouge. Si on passe le doigt dessus on sent une pointe résistante, que je ne peux pas mieux comparer qu'aux graines de la fraise. A mesure qu'elle accroît, un tube rouge surmonté d'une pointe blanche paraît sortir de la peau. Lorsque la végétation reste ainsi isolée, elle acquiert peu de largeur et peu de longueur; elle est rarement plus volumineuse qu'une grosse épingle ou un clou d'épingle, et plus longue qu'une ligne à une ligne et demie. J'en ai vu sortir de la peau les unes à côtés des autres, comme on voit les têtes d'asperge sortir de la terre. Dans l'autre mode de développement, sur une partie de la peau paraît une tache rouge, qu'à l'œil nu ou armé d'une loupe on voit recouverte de petits points blancs. Le doigt passé sur cette tache sent que sa surface est grenue : au bout de quelques jours, il s'aperçoit que cette surface est hérissée

de petites pointes : presque toujours alors elles sont visibles à l'œil nu, et leur couleur est évidemment blanche. A mesure que la végétation pousse, sa structure devient plus apparente, et elle semble composée de végétations, comme celles décrites dans le premier mode de développement placées les unes à côté des autres. Chaque pointe blanche est supportée par une tige ronde et rouge : chacune de celles-ci est parallèle à sa voisine et lui est unie. Les végétations ainsi développées peuvent conserver leur base large, et chaque tige part directement de la peau pour monter jusqu'à la pointe correspondante : ou avoir un pédicule d'où les tiges se détachent en rayonnant. Dans l'un et l'autre cas elles peuvent acquérir un volume considérable.

Les végétations poussées isolément peuvent se réunir et se confondre : c'est ainsi qu'on les voit envahir en couronne toute la circonférence de la base du gland. Leur développement est rapide en général. Chez la femme, dont j'ai parlé, et qui en avait quatre rangs, le commencement de la maladie datait de deux mois et demi. Je les ai vues revenir chez un homme cinq fois en trois semaines : chez une femme, seize ou dix-huit fois en huit mois. Chez un autre homme le gland fut complétement couvert en moins d'un mois.

Tant que les végétations restent petites, elles sont sèches; rarement elles deviennent humides. Mais lorsqu'elles sont volumineuses, c'est le contraire : elles fournissent presque constamment une suppuration abondante : et souvent elles se fendent dans leur hauteur. C'est alors qu'elles causent de vives douleurs et l'insomnie : si par l'emploi des topiques on tarit la suppuration, la douleur cesse. J'ai vu quelquefois des végétations desséchées et comme cornées, qui persistaient pendant des années entières sans éprouver aucune augmentation ni aucune diminution. Elles conservaient leur surface à pointes et rugueuse.

Ces différences que présentent les végétations peuvent les faire distinguer en aiguës et en chroniques : cette distinction peut avoir quelque importance pour le traitement.

Le diagnostic est facile. Dans quelques circonstances il peut offrir des difficultés : je les ferai connaître dans les descriptions particulières.

Le pronostic n'offre rien de grave. Abandonnées à elles-mêmes, elles restent quelquefois stationnaires, comme je l'ai dit plus haut : d'autres fois elles augmentent toujours : mais alors même qu'elles sont devenues très-considérables, on peut les enlever, et l'opération n'est pas suivie d'accidents.

§ 5.

Syphilide papuleuse.

La syphilide papuleuse consiste en une éruption de petites élévations pleines, saillantes au-dessus du niveau de la peau, dures, solides, ne contenant aucun liquide, se terminant par résolution ou desquammation, et n'étant jamais suivies d'ulcérations ni de cicatrices.

Elle s'est présentée à moi sous trois formes différentes.

1° La première variété coexiste avec les écoulements. Elle se manifeste sur tout le corps principalement à la face ; les papules sont petites, nombreuses, coniques, peu saillantes au-dessus du niveau de la peau. Leur couleur est rouge vif; elles paraissent avoir un caractère aigu, bien différentes en cela des autres affections syphilitiques de la peau, qui ont un caractère chronique; elles ont cela de commun avec la syphilide exanthématique, qui survient également pendant le cours des écoulements. Son apparition est presque instantanée, et se fait dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures, et pendant la nuit. Je l'ai constamment vue précédée de quelques prodromes consistant surtout en un malaise général et un peu de fièvre, dans les cas où ses caractères étaient bien tranchés; mais dans ceux où ils étaient peu marqués, je ne trouvais pas ces symptômes. Elle est accompagnée de démangeaisons qui le plus souvent sont le signe qui la fait reconnaître. Je l'ai toujours vue se terminer par résolution sans desquammation.

2° La seconde variété est celle qui est si bien représentée dans la planche première de l'ouvrage de Carmichaël sur les maladies syphilitiques. Je cite cette planche, parce qu'elle peut donner une idée exacte de la maladie aux personnes qui ne l'ont pas vue, et que sa vérité est grande. On la désigne en général sous le nom de Lichen Syphilitique.

Son siége le plus commun est au dos, aux épaules, à la partie postérieure des bras ; on l'observe aussi sur le reste des membres supérieurs, aux membres inférieurs, au ventre et à la face. Il s'est présenté à moi plusieurs cas dans lesquels elle était répandue également sur tout le corps. Les papules sont disséminées inégalement sur toute la surface malade, ordinairement groupées, et quelques-unes isolées. Leur base est d'un rouge violacé et leur sommet jaunâtre, dans les cas qui peuvent être regardés comme types ; néanmoins cette couleur jaune n'est pas due à du pus, mais à une matière consistante qui se dessèche : jamais je n'ai pu la faire sortir sous forme de pus. Dans quelques cas, toute la papule est rouge. Leur sommet est pointu.

Elle se termine toujours par desquammation. La papule se détache du derme : l'épiderme forme autour d'elle une petite lame ronde : quand on l'enlève, il adhère à cette lamelle une petite pointe canaliculée qui entre dans le derme, et qui paraît n'être autre chose que la partie de l'épiderme qui pénètre dans le follicule de la peau : on enlève

très-facilement cette lamelle, quand la maladie tire à sa fin; si on ne l'ôte, elle tombe d'elle-même et elle se reforme jusqu'à guérison complète. Cette variété pourrait être rapportée aux maladies des follicules; mais comme ceux-ci font partie intégrante de la peau, je crois qu'on doit la laisser au nombre de ses maladies.

Je n'ai pas observé constamment la teinte terreuse de la peau entre les papules.

Son diagnostic est facile : il suffit de la voir une fois pour la reconnaître; si on éprouve quelque difficulté, il faut rechercher la lamelle épidermique.

3° La troisième variété est la plus rare. Elle peut avoir son siége sur toutes les parties du corps isolément ou simultanément. Elle se montre sous la forme de papules très-saillantes au-dessus du niveau de la peau, et de la même couleur qu'elle; ayant, ainsi que la peau, une teinte jaune grisâtre et un peu terreuse, et donnant à la main la sensation que l'on éprouve en touchant une peau de chagrin, ou mieux encore une râpe dont les saillies ne sont pas percées. Elle se termine toujours par résolution. A mesure que la guérison s'opère, on sent les papules s'affaisser.

§ 6.

Syphilide squammeuse.

La syphilide squammeuse se manifeste sous la forme de plaques peu élevées au-dessus du niveau de la peau, arrondies, d'une teinte gris-rougeâtre, couvertes de squames sèches, uniques, ou multiples et grisâtres. Elle a une durée très-longue et se termine toujours par résolution.

Elle se présente sous la forme de psoriasis ou de lepra.

1° Le psoriasis syphilitique est plus fréquent que le lepra : il affecte les formes du psoriasis, désignées sous les noms de Guttata et de Diffusa.

Le psoriasis guttata peut avoir son siége sur une seule partie du corps ou sur toutes en même temps. C'est principalement aux membres supérieurs qu'on l'observe; c'est là qu'il commence pour gagner les autres régions. On le voit aussi assez fréquemment au cuir chevelu.

Le psoriasis diffusa a son siége le plus ordinaire à la partie postérieure du coude ou de l'avant-bras, et à la partie antérieure du genou ou de la jambe. Il peut néanmoins exister sur d'autres points du corps.

Le psoriasis guttata se présente sous la forme de plaques irrégulièrement arrondies, de deux à quatre lignes de diamètre ou environ, plus élevées au centre qu'à la circonférence, d'une couleur gris-rougeâtre, couvertes ou d'une seule squame ou de plusieurs squames grisâtres faciles à enlever et laissant voir à leur chute une surface lisse, dure et sèche.

Le psoriasis diffusa se manifeste par des plaques plus étendues, plates, de forme irrégulière, nullement arrondies, d'une teinte gris-rougeâtre, n'offrant pas l'élévation médiane, qui est si apparente dans le psoriasis guttata; ni une surface lisse, mais une surface granulée; ni des squames larges et se détachant isolément, mais des squames petites, adhérentes les unes aux autres, se recouvrant mutuellement, et se détachant ensemble.

L'une et l'autre de ces affections commence par de petits points saillants, de teinte gris-rougeâtre, disparaissant complétement dans le psoriasis guttata, pour être remplacés par des plaques, mais persistant dans le psoriasis diffusa jusqu'à la cessation complète de la maladie.

Le diagnostic de ces deux affections est en général facile. Mais quand le psoriasis guttata commence à guérir : quand l'élévation au-dessus du niveau de la peau et les squames n'existe plus, et que la couleur seule reste, il est très-aisé de le confondre avec les cicatrices de la variole, surtout à la première vue; car pour peu qu'on apporte d'attention dans son examen, on reconnaîtra de suite son erreur. Lorsque le psoriasis guttata est de niveau avec la peau, il n'offre plus sa teinte gris-rougeâtre aussi marquée : elle devient brunâtre. C'est la même couleur que présente la peau, quand les croûtes qui ont succédé aux pustules de la variole sont tombées : mais ici on trouve une grande différence. Dans le psoriasis, la peau conserve presque jusqu'à parfaite guérison, et par conséquent tant qu'il reste un peu de couleur, une surface légèrement saillante, ou au moins plane : dans la variole, la peau offre une surface creuse. Dans le psoriasis, cette surface est également colorée, dans la variole on trouve de petits points plus clairs, plus blancs, et plus enfoncés, semblables à des piqûres d'épingle. De plus la surface de la peau présente alors un plissement, comme si la cicatrice était trop grande pour la partie sous-jacente, et un brillant qu'on ne retrouve jamais dans le psoriasis : elle est gauffrée. Si j'ai tant insisté sur les caractères distinctifs de ces deux affections, c'est parce qu'il est très-important, surtout à l'égard des gens du monde, de ne pas commettre d'erreur, ce qui est facile à la première vue; et c'est parce que les marques de la variole subsistant pendant plusieurs mois, (j'en ai vu, six, sept, et huit mois après la guérison), on pourrait être entièrement détourné de l'idée d'une variole préexistante, principalement à cause de la couleur de la peau.

D'après M. Biett, le psoriasis guttata présente un signe pathognomonique; c'est un liseré blanc exactement semblable à celui qui indique la trace d'une vésicule dans les affections vésiculeuses, et qui entoure la base de chaque disque au point où il s'élève au-dessus du niveau de la peau. Je ne puis nullement contrebalancer la longue expé-

rience de M. Biett, mais je dois dire que je n'ai pas constamment observé ce liseré.

Le lepra syphilitique se présente comme le lepra vulgaris, sous la forme de petites élevures lisses, distinctives, couvertes d'une squame mince qui ne tarde pas à tomber, qui sont d'abord confondues, et qui, en vertu d'une force centrifuge, s'étendent en formant des cercles plus ou moins grands et plus ou moins complets dont le milieu reste sain et intact. Il n'en diffère que par la teinte gris-rougeâtre.

Il est une espèce de lepra, qui est très-rare et que l'on a nommé à cause de sa couleur Nigricans. J'ai eu occasion d'en voir un cas très-remarquable chez une femme à l'hôpital des vénériens. Le siége principal de la maladie était à l'abdomen dont la paroi antérieure en était couverte. Elle se présentait sous la forme de plaques rondes, ayant la grandeur d'un franc ou d'un demi-franc, déprimées au centre, élevées, mais très-peu, sur leurs bords, qui offraient un liseré blanc très-distinct, ayant une teinte noirâtre égale, et couvertes de squames très-minces, très-petites et à peine visibles. L'abdomen n'était pas seule le siége de cette éruption. On la voyait aussi sur la poitrine et les membres, mais les plaques moins grandes n'avaient pas un caractère aussi tranché. La peau entre les plaques avait une teinte terreuse très-marquée. Quand la femme vint à l'hôpital, la maladie était dans toute sa force. Je lui fis subir un traitement antisyphilitique par la proto-iodure de mercure. Une amélioration très-sensible s'opéra : des plaques disparurent ; d'autres perdirent presque toute l'intensité de leur couleur : mais la malade s'en alla au bout d'un mois et je ne l'ai pas revue.

§ 7.

Syphilide maculeuse.

Les macules sont des colorations ou des décolorations partielles de la peau qui se présentent sous la forme de taches plus ou moins étendues, et plus ou moins différentes de sa couleur habituelle. Elles paraissent dépendre d'une altération du pigment, et ne sont accompagnées d'aucune élevure ni d'aucune desquamation.

La syphilis constitutionnelle occasionne quelquefois des colorations, je ne crois pas qu'elle produise des décolorations. La syphilide maculeuse est connue sous le nom de taches syphilitiques.

Les macules syphilitiques peuvent avoir leur siége sur toutes les parties du corps : mais c'est surtout au front, au cou, aux épaules, et à la poitrine qu'on les observe. J'en ai très-fréquemment vu au front, au cou, près la naissance des cheveux, et sur la tête. Elle se présentent sous la forme de plaques irrégulièrement grandes et conformées, et ayant une teinte jaunâtre. Elles n'occasionnent aucun autre phénomène. Leur couleur seule, très-remarquable, est désagréable.

Très-rarement elles existent seules, elles accompagnent d'autres symptômes.

§ 8.

Syphilide ulcéreuse.

La syphilide ulcéreuse est la plus grave et la plus fâcheuse de toutes les affections de la peau produites par la syphilis, à cause des ulcérations profondes qu'elle occasionne, et des cicatrices difformes et horriblement apparentes qu'elle laisse. Elle a été rapportée et unie par plusieurs écrivains à d'autres syphilides, mais je pense qu'elle doit être considérée isolément, parce que sa marche, ses symptômes et ses effets très-différents de ceux des maladies de la peau que je viens de décrire, prouvent qu'elle est une maladie spéciale, et qu'en pathologie l'ulcération doit être regardée comme une maladie spéciale et non comme une conséquence de maladie.

Les pathologistes ont décrit les ulcères syphilitiques consécutifs : ce que je vais décrire ici n'est pas autre chose. Le nom seul diffère, et ce n'est pas, par le désir de faire du nouveau que j'ai donné le nom de syphilide ulcéreuse aux maladies connues sous le nom d'ulcères syphilitiques consécutifs, c'est simplement pour qu'il y ait unité dans les noms comme dans la maladie.

On a cru que les syphilides pustuleuse et tuberculeuse pouvaient être suivies d'ulcères syphilitiques, c'est une erreur. Les croûtes des pustules peuvent tomber avant la guérison de l'excoriation de la peau suite du soulevement de l'épiderme, ou le sommet des tubercules peut être excorié par des frottements ; mais jamais les pustules ou les tubercules syphilitiques n'ont cette propriété ulcérante, cette propriété rongeante et destructive que nous trouvons dans la syphilide ulcéreuse. Aussi toutes les fois qu'on traite les pustules ou les tubercules excoriés, on voit la guérison très-prompte, et il ne reste pas de cicatrice : ce dernier caractère très-propre à faire distinguer les syphilides pustuleuse et tuberculeuse de la syphilide ulcéreuse ne s'observe jamais dans cette dernière.

La syphilide ulcéreuse offre encore deux caractères très-remarquables ; c'est qu'elle survient dans les parties où communément ne se développent pas les ulcérations syphilitiques primitives, et qu'elle est accompagnée de douleurs nocturnes ; ce qu'on n'observe pas dans les autres syphilides.

La syphilide ulcéreuse se présente sous trois formes, et comme chacune a un siége spécial sur la peau, on ne peut assigner le siége du genre. En général elle se manifeste plus ou moins longtemps après une première infection : dans quelques cas elle paraît pendant le cours de l'infection même

mais alors elle n'affecte qu'une seule des formes, comme je vais le dire.

1° La première variété consiste dans une ulcération qui attaque une partie de l'épaisseur de la peau, qui s'étend par sa circonférence, et acquiert une étendue plus ou moins grande.

Elle s'observe sur tous les points de la peau, principalement à l'anus, aux orteils, et aux membres : quelquefois, mais très-rarement on en trouve dans l'enfoncement entre l'aile du nez et la joue ou sur l'aile du nez : je note cette partie parce que la syphilide ulcéreuse qui se manifeste en cet endroit, n'est pas ordinairement de cette espèce. On la rencontre quelquefois à l'ombilic. A l'anus et aux orteils on la nomme rhagade.

Elle se développe différemment selon l'épaisseur de l'épiderme. Quand celui-ci est mince, l'ulcération de la peau le détruit immédiatement, et le malade ne s'aperçoit pas de l'ulcération. C'est ainsi à l'anus, c'est ainsi entre les orteils et au nombril. Mais quand l'épiderme a de l'épaisseur, il n'en est pas de même. Le pus sécrété par l'ulcération de la peau, s'amasse sous lui, et forme un dépôt, bien différent d'une pustule. En effet, si vous enlevez cet épiderme, et si vous essuyez le pus, vous trouvez la peau ulcérée, c'est-à-dire, entamée, et détruite dans une partie de son épaisseur, tandis que dans la pustule, lorsque vous ôtez l'épiderme et le pus, vous trouvez seulement la peau privée de son épiderme, mais non ulcéré. Si dans le premier cas vous abandonnez la maladie à elle-même, l'ulcération continue à faire des progrès, et si vous laissez le pus s'amasser, il se forme une croûte à la chute de laquelle vous trouvez un ulcère plus ou moins grand. Si dans le second cas, vous abandonnez la maladie à elle-même, l'excoriation de la peau loin d'augmenter diminue, et s'il se forme une croûte, elle est tantôt mince, tantôt épaisse, et à sa chute vous trouvez la peau cicatrisée. On conçoit d'après cela quelle différence il y a entre ces deux maladies.

Cette variété de la syphilide ulcéreuse se manifeste le plus souvent à une époque éloignée de la première infection : mais quelquefois on la voit pendant le cours d'une infection, et c'est elle qui survient aux piqûres de sangsues mises pour combattre l'inflammation soit des membranes muqueuses soit du bubon. Dans la première circonstance, elle n'offre aucune gravité : un traitement approprié la guérit promptement. Dans la deuxième, on n'est pas toujours aussi heureux : elle est très-persistante et résiste souvent à tous les traitements. Je l'ai observée un grand nombre de fois tant à la suite de l'application de sangsues qu'après un développement spontané. Je l'ai vue envahir la peau qui recouvre le pubis, et la détruire en partie ainsi que les bulbes des poils : d'autres fois, je l'ai vue s'étendre aux cuisses, aux hanches, aux parois abdominales. Les cas les plus graves sont ceux où la surface ulcérée est couverte de bourgeons charnus, bien distincts, isolés, et semblables à des champignons. Cette forme est d'un très-fâcheux pronostic, parce que souvent on ne peut arrêter sa marche. Il est bien digne de remarque qu'elle ne prend ce caractère grave que lorsqu'elle a son siége aux membres, et qu'à l'anus, au vagin, aux orteils, elle ne l'offre jamais.

Elle se présente sous la forme d'un ulcère à fond grenu, et rouge ; à bords coupés à pic et peu épais puisqu'elle n'attaque qu'une partie de l'épaisseur de la peau. Sa circonférence est saine et de la même couleur que le reste du système cutané : elle n'en change même pas à mesure que l'ulcère fait des progrès : celui-ci semble s'étendre en rongeant peu à peu les parties molles.

Le diagnostic est facile : on distinguera cet ulcère à son peu de profondeur.

La cicatrice qui succède à cette variété de la syphilide ulcéreuse est semblable à celle du troisième degré de la brûlure dans lequel tout le derme n'est pas brûlé.

2° La deuxième variété de la syphilide ulcéreuse a son siége dans toutes les parties du corps, mais surtout aux membres inférieurs. Elle se développe comme tous les autres ulcères. La peau devient d'un rouge violacé : le derme s'entame, il fournit du pus par la surface malade : celui-ci s'amasse sous l'épiderme, qui se rompt plus ou moins tôt, et alors on voit une surface ulcérée qui attaque toute l'épaisseur de la peau. Quelquefois l'ulcération en se développant détruit en même temps et le derme et l'épiderme. Dans cette variété et dans la première l'amas du pus sous ce dernier a fait regarder l'ulcère syphilitique consécutif, comme la suite de l'ecthyma syphilitique. C'est, selon moi, une erreur qu'il est important de rectifier.

L'ulcère qui appartient à cette variété se présente sous la forme d'un ulcère plus ou moins étendu ; à surface unie ; de figure arrondie mais non pas parfaitement ronde, comme celui que nous décrirons plus bas ; à bords coupés perpendiculairement : à fond enduit d'une couche grisâtre, souvent difficile à enlever. Il fournit un pus mal élaboré, sa circonférence est rouge, luisante, tuméfiée, et paraît disposée à l'ulcération. Sa marche est lente : quand il a acquis une certaine étendue, il peut rester stationnaire. Il est souvent unique.

Le diagnostic est facile. On peut dire que c'est l'ulcère simple avec quelques modifications.

La cicatrice qui succède à cette variété de la syphilide ulcéreuse ressemble à celle de tous les ulcères en général.

3° La troisième variété de la syphilide ulcéreuse consiste dans le développement de tumeurs, ayant leur siége tantôt dans l'épaisseur de la peau, tantôt au-dessous d'elle, qui s'ulcèrent profondément et laissent des cicatrices bridées et difformes.

On a donné à ces tumeurs le nom de tubercu-

les, pris dans le sens qu'on lui applique en pathologie cutanée. Certes aucun mot ne peut mieux exprimer la forme, la consistance et l'aspect de ces tumeurs ; mais je dois l'exclure parce qu'il peut induire en erreur, et qu'il y a, quant aux suites, une grande différence entre le tubercule syphilitique et la tumeur dont je m'occupe, différence que j'ai exposée plus haut.

Les deux formes de cette variété de la syphilide ulcéreuse méritent d'être étudiées séparément.

La première a son siége au visage, au nez, entre lui et les joues, à la lèvre supérieure, et aux membres abdominaux. On la voit quelquefois mais rarement sur d'autres parties du corps. Elle s'annonce par une tumeur, représentant assez bien une moitié de sphère saillante au-dessus du niveau de la peau, d'une couleur rougeâtre terne, qui reste stationnaire pendant un temps variable. Et même, si à cette époque une autre affection syphilitique oblige de faire un traitement antisyphilitique on la voit disparaître. Lorsqu'aucune circonstance n'arrête sa marche, elle paraît s'enflammer : elle s'entoure d'une auréole d'un rouge violacé, et sa partie la plus saillante s'ulcère. L'ulcération s'étend assez en profondeur et en largeur pour altérer toute l'épaisseur de la peau et pour acquérir la grandeur d'une pièce de cinq francs, de la paume de la main et plus. Si on laisse la partie malade découverte, le pus se concrète, et forme des croûtes auxquelles on a cru devoir donner un caractère spécial ; mais qui n'en ont pas d'autre que celui des croûtes de tout ulcère qu'on ne soigne pas, et sur lequel le pus s'épaissit en larmes plus ou moins nombreuses, qui prennent une teinte et une apparence variées en raison de leur ancienneté et des corps avec lesquels elles sont en contact. L'ulcère plus creux au milieu qu'à la circonférence a des bords coupés perpendiculairement, engorgés, durs et violacés. Le fond est inégal, et présente des points jaunes semblables à des eschares. Le pus est d'un jaune verdâtre, très-consistant, et très-adhérent. Lorsque plusieurs de ces tumeurs voisines les unes des autres sont ulcérées, elles s'unissent par leurs bords, et de cette réunion résulte un ulcère, qui présente des parties plus profondes correspondant aux tumeurs, et des parties moins profondes correspondant à leurs intervalles : dans l'endroit de la tumeur toute l'épaisseur de la peau est malade : dans le reste une partie seule de son épaisseur est affectée. La cicatrice offre une couture et est bridée au point de la tumeur : elle est plus ou moins marquée aux intervalles, en raison de l'altération de la peau.

La deuxième se manifeste par une ou plusieurs tumeurs de la grosseur d'une petite noisette, exactement rondes, situées au-dessous de la peau, paraissant tantôt libres, tantôt lui adhérer par un point de leur circonférence. Elles restent stationnaires pendant un temps plus ou moins long, et peuvent disparaître sous l'influence d'un traitement antisyphilitique. A mesure qu'elle fait des progrés, l'adhérence de la tumeur avec la peau devient plus intime. Celle-ci, qui n'avait pas changé de couleur, prend une teinte rouge violacée, et il se forme une ulcération qui laisse un trou rond, qui paraît fait avec un emporte-pièce, dont le fond est enduit d'une couche gris-jaunâtre, et qui fournit un pus jaunâtre épais. Si plusieurs tumeurs voisines s'ulcèrent, la peau semble criblée : souvent elle reste intacte entre chaque ulcère, souvent elle s'amincit, est détruite, et les ulcères n'en forment plus qu'un seul dont le fond très-inégal offre des points jaunes semblables à des eschares. Tantôt cette forme de la syphilide ulcéreuse se borne au lieu qui l'a vue naître : tantôt elle guérit d'un côté et gagne de l'autre en décrivant des sillons profonds dont la figure est celle de segments de cercles plus ou moins grands. On lui donne alors le nom de syphilide serpigineuse. Elle a peu de largeur : mais si on ne l'arrête pas dans sa marche, elle peut sillonner ainsi une étendue considérable du corps. Elle a son siége sur tous les points de la peau, surtout aux membres; mais quand elle affecte la forme serpigineuse, c'est principalement au dos, à la tête et à la poitrine qu'on l'observe. Les cicatrices sont bridées, très-marquées et très-difformes. Son diagnostic est facile à cause de la forme des tumeurs qu'on ne confondra pas avec celles qui se développent dans les affections syphilitiques du système fibreux. Le pronostic toujours grave, à cause des cicatrices difformes, le devient beaucoup plus dans les cas de syphilide serpigineuse.

La difformité n'est pas le seul caractère distinctif des cicatrices qui succèdent à la syphilide ulcéreuse. Elles en offrent encore un autre, qui est remarquable, qui est constant, c'est la blancheur du tissu de la cicatrice. Quoiqu'en général on observe après toutes les plaies que la cicatrice est plus blanche que la peau, cependant cette différence de couleur n'est pas aussi marquée qu'à la suite des ulcères syphilitiques, surtout de ceux qui sont serpigineux. Il y a de plus un ton mat qu'on ne retrouve pas ailleurs.

ARTICLE II.

Système cutané interne ou membranes muqueuses.

Les affections syphilitiques consécutives des membranes muqueuses doivent être classées comme celles de la peau : seulement elles sont moins nombreuses. Nous n'observons sur elles que les syphilides:

1° Exanthématique.
2° Tuberculeuse.
3° Ulcéreuse.

§ 1.

Syphilide exanthématique.

La syphilide exanthématique des membranes muqueuses a son siège sur celles de la gorge, du voile du palais, de la paroi postérieure du pharynx, de la langue, des paupières et du nez. Elle s'annonce par la couleur rouge-violacée des membranes, leur tuméfaction, et une sécrétion plus abondante de mucus. Elle n'est pas douloureuse, mais elle est accompagnée d'une gène plus ou moins grande des fonctions de l'organe malade. Son diagnostic est facile parce que la couleur qu'offre la membrane muqueuse est très-différente de celle qu'elle présente dans son inflammation simple. Tout ce que j'ai dit en parlant de l'inflammation syphilitique consécutive trouve ici son application. Le pronostic n'est pas grave : elle guérit aisément.

§ 2.

Syphilide tuberculeuse.

La syphilide tuberculeuse des membranes muqueuses se présente sous deux formes. L'une peut être rapportée aux syphilides tuberculeuses arrondie et plate de la peau. L'autre est la même que la syphilide tuberculeuse végétante de la peau.

1°. La première se montre au rectum, et au nez. On peut, je crois, lui attribuer un grand nombre des rétrécissements de l'urèthre. Ceux-ci, suite presque constante des uréthrites, ne sont pas encore suffisamment connus dans leurs rapports avec les affections syphilitiques consécutives. La facilité avec laquelle ils disparaissent et reparaissent dans quelques cas est en tout semblable à celle avec laquelle on guérit sans mercure la syphilide tuberculeuse de la peau, et à celle avec laquelle elle revient. La cessation de leurs symptômes précurseurs et concomitants sous l'influence d'un traitement antisyphilitique général, a une grande analogie avec la guérison des syphilides tuberculeuses de la peau par le même traitement. Ne pourrait-on pas conclure de là que c'est une affection de même nature que les syphilides tuberculeuses?

Elle s'annonce par le gonflement de la membrane muqueuse : sa surface n'est pas égale, mais présente des bosselures; elle est accompagnée d'une augmentation de sécrétion dans les cryptes muqueux, et d'un écoulement de matière purulente mêlée souvent de sang. Mais quand elle est portée à un haut degré, et que les cryptes muqueux sont envahis, il y a sécheresse de l'organe, à moins que des corps durs en passant, comme au rectum, n'excorient la surface malade. Elle gène plus ou moins les fonctions des parties, en raison de ses progrès. Sa marche est toujours très-lente. Cette maladie peut être confondue avec d'autres, comme je le dirai, en traitant des affections syphilitiques des organes en particulier.

2°. La syphilide tuberculeuse végétante des membranes muqueuses diffère peu de celle de la peau. On l'observe à la langue, au vagin, au voile du palais, à l'œil, aux amygdales. Elle n'offre pas à sa face libre les pointes blanchâtres dont j'ai parlé. Sa consistance est égale dans toute son étendue, et la même qu'à la peau.

§ 3.

Syphilide ulcéreuse.

La syphilide ulcéreuse des membranes muqueuses présente deux formes bien tranchées. Tantôt elle se développe sur un point, y reste fixe, et s'étend également par sa circonférence. Tantôt elle a une marche serpigineuse.

Ordinairement elle est précédée de la syphilide exanthématique; mais souvent elle apparaît immédiatement sans aucun symptôme précurseur, et dès que le malade se plaint on aperçoit une ulcération.

La première forme s'observe au voile du palais, à la langue, au pharynx, au vagin et à l'anus. Elle consiste en un ulcère simple, à fond blanchâtre, à chairs molles, peu vives, à bords unis, non-découpés perpendiculairement. Les parties molles environnantes sont dans leur état naturel. Il n'a aucune tendance à s'agrandir. Son seul caractère bien prononcé est sa persistance.

La seconde forme s'observe principalement au voile du palais et à la langue. L'ulcère réunit tous les caractères propres à la syphilide ulcéreuse de la peau. Il a un fond grisâtre, des bords coupés à pic, une circonférence arrondie, de couleur rouge-violacé : il fournit un pus jaunâtre, très-adhérent, et mêlé quelquefois de stries sanguinolentes. Il a une grande tendance à s'étendre du centre à la circonférence, ou à suivre une marche serpigineuse.

Le diagnostic offre parfois des difficultés pour la première forme : quant à la seconde, ses caractères sont trop tranchés pour qu'on se trompe.

Le pronostic est grave pour cette dernière, à cause de ses propriétés destructives. La persistance de la première n'est que désagréable.

CHAPITRE II.

SYSTÈME OSSEUX.

—

Le système osseux est, après le système cutané,

celui qui est le siége le plus fréquent des affections syphilitiques consécutives.

Je n'ai observé que trois ordres de maladies et je ne pense pas que les praticiens en aient vu d'autres. Ce sont :

1° La gangrène ou nécrose.

2° L'exostose.

3° Les névroses.

L'on voit d'après cette énumération que je ne range pas la carie au nombre des maladies des os, qui peuvent dépendre du virus syphilitique. Quelques écrivains ont pensé que la carie et la nécrose pouvaient également être produites par cette affection. Cela est possible d'après le raisonnement, mais l'expérience prouve que ce n'est pas. Aussi voit-on d'autres écrivains rejeter cette opinion, et quelques-uns la mettre en doute. Toutes les fois qu'une maladie des os se manifeste à la suite d'une affection syphilitique et que la suppuration survient, il sort des portions d'os nécrosés. L'on dit journellement : « Telle personne est affectée d'une carie de la voûte palatine, de la cloison des fosses nasales » et cependant toujours ces malades voyent sortir de leur nez ou de leur bouche des portions d'os mortes dont la grandeur est proportionnelle à la perte de substance : or dans la carie observe-t-on ce phénomène. La carie, qui peut être rapportée à l'inflammation des os, la carie, dis-je, consiste dans un ramollissement des os, qui est quelquefois accompagnée de la nécrose de quelques portions de l'os malade, comme quelquefois le phlegmon ou inflammation du tissu cellulaire est accompagné de la gangrène de quelques parties de ce tissu. Dans la syphilis consécutive on n'observe pas la carie, c'est-à-dire, le ramollissement de l'os avec suppuration : mais on observe une suppuration avec sortie d'une portion d'os gangrénée ou morte. L'erreur vient de ce qu'il n'est pas possible qu'une portion d'os se détache sans qu'il y ait suppuration autour de la partie malade, comme il n'est pas possible qu'une eschare de la peau se détache sans qu'il y ait autour suppuration. Il faut donc bien distinguer cette inflammation nécessaire pour la séparation de la partie nécrosée, inflammation que l'on a nommée éliminatrice, de l'inflammation proprement dite de l'os. L'on peut m'objecter qu'il existe des tumeurs blanches syphilitiques, et que les tumeurs blanches ne sont autre chose que des inflammations chroniques des parties osseuses et molles des articulations. J'admets volontiers cette définition des tumeurs blanches, parce que je la crois très-juste : mais je ferai observer que les tumeurs blanches sont de deux sortes, que les unes dépendent d'une maladie des os, et les autres d'une maladie des parties molles, et que c'est à cette dernière classe qu'appartiennent les tumeurs blanches dépendant du vice syphilitique, et que ce n'est que par suite de l'altération profonde des parties molles, que les os sont affectés.

L'on a surtout parlé de la carie des os du crâne, en faisant observer comme un phénomène très-remarquable, qu'il était étonnant de voir les os du crâne se carier, eux qui sont ordinairement affectés de nécrose. La raison de cette erreur tient à ce que l'on n'a pas fait attention qu'il sortait des portions d'os nécrosés, surtout dans les cas de maladies de l'apophyse mastoïde, et que l'on a rapporté à une maladie ce qui appartient à une autre. Les lois que suit la nature dans le développement, l'accroissement, et le décroissement des maladies sont trop semblables pour supposer par le raisonnement qu'elle ferait des exceptions pour certaines maladies : et nous apprenons de plus par l'expérience qu'il n'en est pas ainsi.

L'on a dit aussi que presque toujours la carie produite par le virus syphilitique est précédée de l'exostose, mais on a confondu alors la carie avec l'exostose suppurée et probablement avec la périostose dont l'enveloppe devient osseuse.

Je n'ai pas l'intention de faire la description de la nécrose et des exostoses. Cela appartient à un traité de pathologie externe. Je dois me borner ici à dire ce qu'elles offrent de particulier dans les cas où elles sont occasionnées par le virus syphilitique.

§ 1.

Nécrose.

La nécrose affecte les os plats offrant beaucoup de substance compacte et très-peu de spongieuse. Ceux qui sont situés superficiellement en sont plus souvent atteints; mais elle paraît avoir une prédilection toute particulière pour les os du nez, du palais et du crâne. Je l'ai vue aux os du métatarse, au calcanéum. Elle ne se borne pas aux os, elle attaque aussi les cartilages : ainsi ceux du nez, ceux du larynx. Son étendue varie : tantôt elle ne détruit qu'une petite portion de l'os, tantôt une grande partie. Il en est de même pour les cartilages.

Quant à sa forme, elle présente autant de variétés qu'il y a de cas.

Elle s'annonce par une douleur sourde, profonde, qui reste longtemps la même. A mesure que l'os se nécrose, les parties molles s'enflamment parce qu'alors s'opère le travail qui tend à pousser au dehors la portion morte. Enfin les parties molles s'ulcèrent, et il se fait un écoulement de pus, qui continue tant que les portions d'os malades ne sont pas complétement détachées et sorties. C'est cette persistance de la suppuration qui a fait penser aux praticiens qu'il y avait carie. S'ils avaient réfléchi qu'il doit couler du pus tant que l'os nécrosé reste dans l'économie, ils ne seraient pas tombés dans cette erreur. Lorsque par une cause quelconque tout le corps d'un os est nécrosé, il survient dans le membre des abcès dont les orifices restent fistuleux tant que la por-

tion d'os n'est pas éliminée. On n'a jamais dit que dans ces cas, il y eût carie. Pourquoi voudrait-on qu'elle existât pour les cas de nécroses produites par la syphilis, quand il y a pendant longtemps suppuration?

Le diagnostic de la nécrose est facile. La portion d'os malade est là pour servir à l'éclairer. Comme par suite de sa présence, il s'est formé un abcès, dont l'ouverture est restée fistuleuse, il suffit d'introduire dans cette ouverture un stylet au moyen duquel on parvient très-aisément à sentir l'os.

Son pronostic est très-différent suivant l'étendue et les fonctions de l'os détruit, et les difformités qui en résultent.

§ 2.

Exostose.

L'exostose est la tuméfaction d'un ou de plusieurs points de la surface d'un os.

On ne peut l'appeler hypertrophie de l'os, parce que dans l'hypertrophie, les tissus augmentés de volume, conservent la même organisation et la même structure que dans l'état normal tandis que dans l'exostose, l'organisation et la structure du tissu osseux sont toujours altérées.

On a admis en pathologie plusieurs sortes d'exostoses ; je pense qu'il n'y en a que deux : les autres doivent être rapportées soit à une maladie du périoste, soit à d'autres maladies du système osseux. Les deux sortes d'exostoses que j'admets, sont l'exostose laminée et l'exostose éburnée.

Je n'examine pas la question de savoir si elles peuvent être produites par des causes diverses : je ne parle que de celles qui sont la suite de la syphilis.

Leur siége est dans le tissu compacte des os : aussi ne l'observe-t-on que dans ceux qui en contiennent une grande quantité. Ainsi les os du crâne, les os maxillaires supérieurs et inférieurs, les os malaires, les clavicules et les os longs des membres. Il peut être à la face externe de l'os ou à sa face interne.

Les deux formes d'exostoses offrent des différences relatives à leurs symptômes, à leur marche, à leurs terminaisons et à leur structure : je les décrirai successivement.

L'exostose laminée se présente sous la forme d'une tumeur plus ou moins saillante, plus ou moins étendue sur une des faces de l'os qu'elle occupe quelquefois en entier, mais dont le plus souvent elle n'attaque qu'une partie ; elle a une circonférence circonscrite, qui se continue insensiblement avec le reste de l'os, de sorte que dans quelques cas, il pourrait être difficile de la bien distinguer. Son apparition est presque constamment précédée de douleurs vives qui ont leur siége dans tout l'os malade, qui sont plus violentes la nuit que le jour, et qui finissent par se fixer sur le point où elle doit survenir. La marche est plus rapide que celle de l'exostose éburnée, et peut être distinguée en aiguë et en chronique. Dans le premier cas, le malade éprouve des douleurs vives, aiguës, continues et accompagnées d'un sentiment profond de pesanteur et d'engourdissement. La tumeur acquiert promptement un volume assez considérable; sa pression est douloureuse, même quand elle est peu forte. Les douleurs paraissent être de nature inflammatoire, et dépendre autant de la distension de l'os, que de l'inflammation du périoste, qui participe certainement beaucoup à la maladie. La tuméfaction de l'os n'est nullement circonscrite. Dans le deuxième cas, le malade éprouve pendant un temps plus ou moins long une douleur sourde dans l'os qui doit devenir le siége du mal. Enfin il s'aperçoit d'un léger gonflement dans un des points de l'os douloureux, et de la formation d'une tumeur qui fait souffrir plus ou moins à la pression, en raison du degré de celle-ci ; la douleur ne paraît nullement dépendre d'un état inflammatoire du périoste. La tuméfaction est plus circonscrite. Abandonnée à elle-même, l'exostose laminée continue à faire des progrès pendant un certain temps ; elle devient stationnaire et persiste ainsi pendant toute la vie, toujours en formant une tumeur arrondie, égale à sa surface, et plus ou moins sphéroïde. L'anatomie pathologique nous apprend qu'elle est formée par les lames du tissu osseux, écartées les unes des autres et renfermant dans leurs intervalles un tissu aréolaire qui contient un fluide, soit plus ou moins analogue à la moelle, soit gélatiniforme.

L'exostose éburnée se présente sous la forme d'une tumeur plus saillante, moins étendue et plus circonscrite que la première. Son apparition est moins souvent précédée de douleurs : et quand elles existent, elles sont sourdes. Elle est insensible à la pression, et l'on n'occasionne de douleur au malade, que lorsqu'on comprime fortement la peau qui se trouve ainsi entre deux corps durs. Sa marche est très-lente : souvent on ne s'aperçoit de son existence que par la saillie. Abandonnée à elle-même, elle fait des progrès pendant un certain temps, et devient stationnaire. Elle occasionne ordinairement plus de gêne que l'exostose laminée, parce qu'elle est plus saillante, et qu'en conséquence elle agit avec plus de force sur les organes qui la recouvrent. Son tissu est en tout semblable à celui de l'ivoire.

Les exostoses ne sont jamais accompagnées de changement de couleur de la peau, quelle que soit leur marche.

L'on a dit que les exostoses se terminaient comme l'inflammation par métastase, résolution, suppuration, gangrène et induration. Je ne pense pas que ces distinctions soient admissibles. Mon père dit dans son traité de chirurgie, avoir vu une exos-

tose de toute l'extrémité inférieure de l'humérus, dépendant du virus syphilitique, et qui avait résisté à tous les traitements méthodiques, disparaître complétement en peu de temps, pour être bientôt suivie de l'apparition de symptômes vénériens à la voûte palatine. Je pense d'après le siége et d'après la marche, que c'était une inflammation du périoste. La résolution de l'exostose laminée s'observe fréquemment. Elle n'est complète que lorsque la tumeur est petite: autrement, il reste un peu de gonflement à l'os. La suppuration n'a jamais lieu; dans les cas où l'on dit l'avoir vue, on a confondu des maladies du périoste avec les exostoses. La gangrène, ou mieux la nécrose, a été observée dans des cas d'exostoses éburnées.

On ne peut admettre l'induration, puisqu'elle existe déjà dès le principe de la maladie.

Le diagnostic des exostoses situées sur la face externe des os, est facile ; quand elles sont situées sur la face interne, il est souvent très-difficile, et l'on comprend sans peine que la description que j'ai faite ne s'applique qu'aux premières. On ne peut que présumer leur existence, par suite des lésions de fonctions des organes situés profondément, à moins qu'elles fassent saillie à la face externe de l'os. Celui des deux espèces n'offre pas de difficultés, quoiqu'on trouve entre elles beaucoup d'analogie. La douleur qui a précédé, la forme de la tumeur et sa marche servent à l'éclairer.

Le pronostic présente des variétés. Considérées en elles-mêmes, les exostoses ne sont pas graves; on peut aisément en arrêter la marche. Sous le rapport de la difformité, les externes en produisent toujours une plus ou moins grande, en raison de leur siége et de leur saillie ; les internes en produisent quelquefois aussi. Mais si nous les examinons sous le rapport du trouble qu'elles peuvent apporter aux fonctions des organes voisins, nous voyons qu'elles sont toujours très-graves, surtout quand elles sont développées à l'intérieur des os de la tête ; puisque par la compression qu'elles exercent sur les parties voisines, elles lèsent constamment les fonctions, et quelquefois au point de compromettre l'existence, comme on l'observe pour les exostoses du crâne.

§ 3.

Névrose.

La névrose des os qui accompagne la syphilis consécutive a reçu le nom de douleur ostéocope. Elle est un symptôme très-fréquent. Elle peut occuper tous les os du corps : mais c'est surtout dans les os longs et dans ceux du crâne qu'on l'observe. Son siége paraît être dans le tissu même de l'os. Elle survient ordinairement longtemps après une infection, et à une époque telle que le malade ne croit pas pouvoir la rapporter à la syphilis. Je l'ai vue quelquefois se manifester pendant l'existence des symptômes primitifs ou peu de temps après leur disparition : dans ce cas son siége est le plus souvent aux os de la tête.

Le caractère des douleurs ostéocopes est très-remarquable, et leur nom indique bien l'espèce de sensation qu'elles font éprouver. Les malades les comparent à de la gêne et de la fatigue dans les os, souvent à leur contusion. Elles offrent les mêmes symptômes que la névrose syphilitique consécutive : elles augmentent pendant la nuit, quand elles sont continues, et diminuent pendant le jour : quand elles sont intermittentes, elles cessent complétement pendant le jour. La cause de ce symptôme est la même que celle de la névrose syphilitique en général, et dépend de la présence ou de l'absence du soleil. Il est rare qu'elles soient tout à fait intermittentes. L'intensité des douleurs empêche les malades de dormir, et ce n'est que le matin, lorsqu'elles disparaissent, qu'ils peuvent se livrer au sommeil.

Cette névrose n'est accompagnée d'aucun gonflement des os, ni du périoste, ni des parties molles environnantes. Rarement cependant elle existe seule : mais l'affection syphilitique consécutive attaque des organes plus ou moins éloignés.

Le diagnostic est facile. Si dans certaines circonstances il offre des difficultés, cela tient à ce que l'on n'étudie pas suffisamment le malade et la nature de ses douleurs. Le paroxysme que présentent le soir les douleurs rhumatismales est bien différent de celui des douleurs ostéocopes. Dans les premières, il y a augmentation des phénomènes morbides comme dans toute maladie inflammatoire aiguë ou chronique, mais il n'y a pas cette augmentation graduelle pendant une partie de la nuit, et cette diminution graduelle pendant l'autre partie. D'ailleurs la chaleur douce du lit, à laquelle on a attribué les douleurs ostéocopes, fait diminuer les douleurs rhumatismales.

Je ne crois pas qu'on ait jamais vérifié par l'autopsie cadavérique l'état des os ou du périoste.

Le pronostic n'offre rien de grave.

CHAPITRE III.

SYSTÈME FIBREUX.

—

Les maladies syphilitiques consécutives du système fibreux sont au nombre de trois.

1° Maladies du périoste ou périostose.

2° Maladies des capsules fibreuses et ligaments.

3° Maladies des aponévroses d'enveloppe.

§ 1.

Périostose.

On donne le nom de périostose ou gomme à l'in-

flammation syphilitique consécutive du périoste. Des pathologistes modernes lui ont donné le nom de périostite. Mais je préfère le premier parce qu'il appartient depuis longtemps à cette inflammation suite de la syphilis.

Elle survient plus ou moins longtemps après une infection syphilitique : le plus souvent il s'écoule un long espace de temps entre les deux affections.

Son siége est dans le périoste de la face externe des os plats, et de la partie la plus compacte des os longs dans les points où ils sont le moins couverts de parties molles. Cependant elle attaque aussi le corps des os longs plongés au milieu d'un grand nombre de parties molles, le fémur par exemple. Les régions où on l'observe le plus souvent, sont la frontale et la temporale antérieure, la face antérieure du sternum, la face interne du tibia, la face antérieure du corps du fémur, les faces externe du radius et interne du cubitus. J'en ai vu une sur la partie antérieure de la colonne vertébrale correspondante à la paroi postérieure du pharynx dans l'arrière-bouche. Elle survient le plus souvent sans qu'aucune cause occasionnelle ait pu donner lieu à son apparition. Cependant il n'est pas rare de la voir succéder à une contusion.

Elle se présente à l'état aigu et à l'état chronique.

Dans le premier cas, il survient sur l'os une tumeur dure, douloureuse à la pression, circonscrite, avec engorgement et tension des parties molles, et sans changement de couleur à la peau. On sent au toucher qu'elle est adhérente à l'os, qu'elle est immobile, qu'elle offre une résistance moindre que l'exostose, et qu'elle est accompagnée d'un peu d'empâtement. Ces caractères, joints à la rapidité du développement et à la participation des parties molles à la maladie, servent bien à la faire distinguer de l'exostose. Si l'on n'emploie aucun moyen thérapeutique, ou si ceux que l'on met en usage ne sont pas suffisants pour arrêter la marche du mal, il survient une fluctuation profonde, d'abord peu sensible au doigt, semblable à celle que produit une substance gélatiniforme : cette fluctuation devient lentement plus apparente, et enfin la peau s'enflammant s'ouvre, et il coule un pus jaune de bonne qualité, mais très-épais, et paraissant contenir quelques portions d'un détritus gangréneux, quoiqu'il y en ait très-rarement. Si l'usage de médicaments convenables arrête le mal dans son principe, il disparaît aussi promptement qu'il est venu : si ces moyens ne sont employés qu'à l'époque où la suppuration a déjà lieu, il arrive très-souvent qu'ils produisent la résorption du pus. J'ai vu un très-grand nombre de cas de ce genre au front, au tibia, et aux os de l'avant-bras. Un des cas les plus remarquables de périostose aiguë, que j'ai rencontrés, est au corps du fémur d'une fille publique. Je l'ai observée dès le principe, et l'emploi des médicaments convenables la guérit complétement en trois semaines.

Cette affection dure quinze à trente jours : quand on l'abandonne à la nature, elle se guérit quelquefois spontanément : s'il y a suppuration, il reste un ulcère qui offre l'aspect des ulcères syphilitiques consécutifs.

La périostose chronique ne survient jamais spontanément.

Elle est précédée de douleurs fixes plus ou moins vives, et offrant toujours le caractère des douleurs ostéocopes. La tumeur se développe lentement, graduellement : elle est dure, peu ou point douloureuse à la pression, sans engorgement ni tension des parties molles extérieures, sans aucun changement de couleur à la peau, adhérente à l'os, immobile, et accompagnée de plus d'empâtement que la précédente. Il est beaucoup plus facile de la prendre pour une exostose, parce que sa rénitence et l'absence de douleur sont plus marquées. Elle est susceptible de se terminer par résolution et quand les pathologistes ont parlé d'exostoses qui se résultaient, il est probable qu'ils avaient affaire à des périostoses chroniques. Elle se termine par suppuration : mais celle-ci est très-lente à se former : ainsi on ne la voit qu'après six, huit, ou dix septenaires. Dans ce cas, on observe un phénomène qu'on ne voit pas dans la première. Dans celle-ci, c'est du pus très-épais qui sort de la tumeur. Dans celle-là, au contraire, il y a avec le pus un bourbillon, ce qui la rapproche beaucoup des furoncles : et de même que dans cette affection, la peau n'est pas percée par une seule ouverture, mais par plusieurs. Le bourbillon une fois détaché, il reste une ulcération, ayant l'aspect des ulcères syphilitiques consécutifs. Elle se termine aussi par induration : la tumeur, après avoir acquis un certain développement, reste stationnaire, devient indolente, et persiste dans cet état pendant toute la vie du malade. Je pense que c'est aux périostoses ainsi endurcies que doivent être rapportées les exostoses sphériques avec fongosités ou fongus intérieur, et dont les parois minces sont sujettes aux fractures et à l'ulcération. Le fongus est le bourbillon, et la paroi est le périoste devenu osseux.

Le diagnostic de la périostose aiguë est facile. Les exostoses avec lesquelles on pourrait la confondre n'ont jamais une marche aussi rapide qu'elle, soit dans leur apparition, soit dans leur résolution. On ne peut la prendre pour une tumeur des parties molles situées au-dessus de l'os, puisqu'elle est adhérente à ce dernier, et que les premières ne sont pas malades. La périostose chronique serait plus aisément confondue avec l'exostose, et je crois que cela est arrivé fréquemment. L'on peut éviter cette erreur dans le principe en ayant égard à l'empâtement que présente la tumeur : on ne se trompera jamais quand il y a fluctuation.

Le pronostic n'est pas grave. En général la périostose ne compromet jamais les jours du malade. Quand elle suppure, elle laisse une cicatrice indélébile, et toujours enfoncée parce qu'elle est adhérente à l'os. Il le devient si elle gêne par son volume une fonction : et il l'est plus ou moins en raison de l'importance de cette fonction.

Je ne dirai rien de l'anatomie pathologique, parce que je n'ai jamais eu occasion de la faire.

§ 2.

Maladies des capsules fibreuses et des ligaments.

Les capsules fibreuses et les ligaments qui entourent et unissent les articulations sont souvent attaqués d'une inflammation syphilitique consécutive. Elle se présente tantôt à l'état aigu, tantôt à l'état chronique. Le premier cas ne s'observe que pendant le cours des uréthrites ou des vaginites : les symptômes sont les mêmes que ceux des rhumatismes articulaires aigus. Ils naissent et disparaissent avec la maladie qu'ils accompagnent. Le second cas ne se voit que dans la syphilis consécutive à une époque plus ou moins éloignée de l'infection.

Les symptômes ont une grande analogie avec ceux des maladies connues sous le nom de tumeurs blanches. Ils offrent quelques différences qui servent à établir le diagnostic. Le gonflement survient très-vite : il envahit de suite toute l'articulation : il n'est pas circonscrit. La peau, qui est tendue, conserve sa couleur naturelle : il y a de l'empâtement au-dessous d'elle : elle n'a pas cet aspect lisse et luisant si caractéristique des tumeurs blanches : les veines sous-cutanées ne sont pas variqueuses : le toucher n'est pas douloureux, ou il l'est peu, et également : il ne trouve pas un ou deux points plus sensibles, comme dans la tumeur blanche. Il fait reconnaître que les os ne participent nullement à la maladie, et que c'est entre eux et la peau que sont les parties affectées. Constamment la douleur qui accompagne cette inflammation est plus forte pendant la nuit que pendant le jour. La chaleur des parties n'est pas augmentée.

Cette inflammation coexiste fréquemment avec l'hydropisie articulaire. Elle est souvent suivie de la flexion du membre et de l'impossibilité de l'étendre. En général d'autres symptômes de syphilis consécutive se manifestent en même temps sur différentes parties du corps : j'ai vu plusieurs fois la teinte terreuse de la peau exister avec elle.

Le diagnostic peut offrir des difficultés : un peu d'attention et la présence d'autres symptômes syphilitiques consécutifs l'éclaireront.

Le pronostic n'est pas grave : un traitement anti-syphilitique dissipe tous ces symptômes.

§. 3.

Maladies des aponévroses d'enveloppe.

Les aponévroses d'enveloppe sont quelquefois le siége de tumeurs dures, semblables à des exostoses petites et pointues avec lesquelles on les confondrait, si on n'y prenait garde. J'en ai observé sur plusieurs membres : mais principalement à la partie postérieure de l'avant-bras.

CHAPITRE IV.

SYSTÈME ÉPIDERMIQUE.

—

Ce système comprend l'épiderme, les ongles et les poils ; ces différentes parties peuvent être affectées de la syphilis consécutive.

§ 1.

Épiderme.

Je ne connais qu'une seule affection syphilitique consécutive qui attaque l'épiderme. C'est l'endurcissement de cette membrane à la paume des mains et à la plante des pieds; on l'a désignée dans ces derniers temps sous le nom de Syphilide Cornée. On l'a rapportée aux maladies de la peau : mais je pense qu'on s'est trompé, parce que dans cette affection qui n'est pas aussi rare qu'on l'a cru, et que j'ai eu occasion d'observer un grand nombre de fois, l'épiderme forme plusieurs couches très-épaisses, de couleur grisâtre, et il n'y a aucune coloration de la peau, comme dans les autres syphilides squammeuses. Elle ressemble beaucoup aux corps larges et plats. Les squames de l'épiderme sont épaisses, tandis que dans la syphilide squammeuse elles sont plus minces. Elle existe rarement seule : elle accompagne ordinairement une autre syphilide, et c'est surtout quand elle coexiste avec la syphilide squammeuse qu'on peut bien voir la différence des deux affections.

Elle se présente sous la forme de plaques arrondies, égalant en grandeur une pièce d'un demi-franc ou d'un franc, rarement uniques, ordinairement au nombre de 4 ou 5, quelquefois plus ; occupant tantôt la paume d'une main, ou la plante d'un pied, tantôt les deux : se touchant, quand elles sont nombreuses, par leurs bords voisins, mais ne se confondant pas, et se recouvrant constamment de plaques grisâtres épaisses, qui donnent à la partie malade une apparence cornée. Lorsqu'on enlève ces squames, on ne trouve pas la peau rouge violacée, comme dans la syphilide squammeuse, mais une autre couche épidermique

épaisse et grisâtre, qui paraît s'enfoncer dans le tissu de la peau, comme les cors. Si on enlève plusieurs couches épidermiques, on arrive à la peau qui est rosée, mais non violacée.

Le diagnostic est facile. On la distingue des syphilides squammeuses aux signes indiqués plus haut. On ne la confondra pas avec les durillons des mains : ceux-ci offrent une teinte jaunâtre et sont situés sur les parties proéminentes de la paume des mains ou de la plante des pieds, principalement sur les saillies osseuses. La syphilide cornée, au contraire, a son siége sur toute la paume ou la plante, et de préférence aux parties non-saillantes.

§ 2.

Poils.

La seule maladie des poils qui s'observe après la syphilis est leur chute. On la nomme alopécie.

Elle est ordinairement précédée de pytiriasis, au moins quand elle a son siége au cuir chevelu. Avant que les cheveux tombent, il y a une desquammation de l'épiderme semblable à celle du pytiriasis, mais sans inflammation notable de la peau. On n'aperçoit pas non plus une maladie du bulbe du poil.

Elle peut être partielle ou générale.

La première se voit principalement aux cheveux, quelquefois aux organes génitaux.

La seconde s'observe sur tout le corps.

Celle-ci est rare : il n'en est pas de même de la première, dont j'ai souvent vu des exemples.

Cullerier dit que cette affection est très-rare, et qu'on n'en voit pas plus d'un exemple sur mille. Il a été copié par M. Jourdan, et M. Lagneau dit qu'il y a à peine un exemple sur 1000 ou 2000 malades.

Si nous entendons par alopécie, la chute de tous les cheveux ou de tous les poils, il est certain que cette maladie est très-rare. Sur plusieurs milliers de malades, je n'en ai vu qu'une générale, et encore restait-il quelques poils sur les parties qui en avaient beaucoup auparavant. Mais si nous entendons par alopécie la chute d'une partie des poils avec continuation de la maladie, et tendance à la privation complète de ces organes, je crois qu'il y a erreur dans les calculs de ces écrivains. J'avoue que je n'avais pas lu ce qu'ils en disent, ou que je l'avais oublié, car si je m'étais rappelé leurs chiffres, j'aurais compté le nombre des alopécies que j'ai observées, et j'aurais prouvé qu'elle est plus fréquente qu'ils ne le disent. Au surplus ce n'est qu'une simple observation de pratique que je fais ici, parce que l'alopécie syphilitique est par elle-même une maladie peu importante à diagnostiquer à cause de sa coexistence avec d'autres symptômes consécutifs. Dans le seul cas d'alopécie générale presque complète, que j'aie vu, il y avait en même temps une syphilide squammeuse et tuberculeuse peu graves ; et le traitement de ces dernières a guéri la première. On conçoit au reste qu'elle pourrait exister seule : mais alors l'alopécie générale ou partielle, étant devenue complète, l'éveil serait donné à l'homme de l'art, qui, recherchant les causes de cette maladie, parviendrait à découvrir la véritable.

On peut, par l'emploi des médicaments convenables, arrêter l'alopécie. Mais quand les poils sont tombés, on ne peut pas toujours, par l'emploi des mêmes médicaments, obtenir qu'ils repoussent, surtout chez les personnes âgées.

§ 3.

Ongles.

La maladie syphilitique consécutive qui attaque les ongles, est connue sous le nom d'onglade, d'onyxis. Comme elle est toujours accompagnée d'ulcérations aux côtés de l'ongle, plusieurs pathologistes ont cru que la maladie de l'ongle provenait de ces ulcérations, tandis au contraire que c'est la maladie du premier qui occasionne les dernières.

C'est constamment par la matrice de l'ongle que commence la maladie. Le pus se forme autour d'elle ou au-dessous d'elle ; il détache le repli de l'épiderme qui la maintient : de là il s'étend sur les parties latérales jusque vers le bord libre et il cerne l'ongle. Celui-ci change de couleur : il en prend une rougeâtre à sa racine, mais dans le reste de son étendue, il est verdâtre, grisâtre ou noirâtre. L'altération de couleur est accompagnée de l'altération de structure, qui se présente sous deux aspects. Tantôt l'ongle est ramolli et paraît imbibé d'une grande quantité de fluides : tantôt il est desséché et paraît contenir moins de fluides que dans l'état sain. Dans le premier cas l'ongle malade peut tomber avant que le nouveau soit poussé, et celui-ci naître également malade : ou bien le nouvel ongle altéré dans sa forme et sa structure chasse l'ancien devant lui. Dans le second cas l'ongle ne tombe pas : il continue de pousser comme dans l'état sain ; mais on observe qu'indépendamment du changement de couleur, sa surface devient raboteuse, offre des stries longitudinales plus ou moins saillantes, et formant quelquefois des angles ; il est sec et cassant. Il présente entre sa face interne et la peau une production nouvelle, qui l'éloigne de la phalange, qui a une épaisseur plus ou moins grande, mais inégale, qui n'a pas une portion libre comme celle de l'ongle, mais qui cesse là où finit l'adhérence de celui-ci à la peau : et on observe en cet endroit que sa surface est inégale et semblable à celle d'un jonc coupé.

Le diagnostic est facile parce qu'il est rare que l'onyxis existe seul.

Le pronostic n'a rien de grave : l'ongle ne repousse sain, qu'après un traitement antisyphilitique, et sa difformité est la seule chose à craindre.

CHAPITRE V.

SYSTÈME SÉREUX.

—

Le système séreux synovial est quelquefois malade dans la syphilis consécutive. Il fournit une plus grande quantité de synovie qui s'amasse dans la cavité séreuse, et forme une hydarthrose semblable à celle produite par d'autres causes. Elle n'existe jamais seule, ce qui rend le diagnostic facile. On en distingue deux espèces. L'une coexiste avec l'uréthrite ou la vaginite, et tantôt elle est guérie par les mêmes médicaments que ces deux inflammations, tantôt elle subsiste après elles et exige une autre médication. L'autre survient plus ou moins longtemps après la disparition des symptômes primitifs. J'ai vu cette dernière plusieurs fois à l'articulation du genou et à celle du poignet; je l'ai observée une fois chez le même individu aux deux genoux, aux deux pieds, aux deux coudes et aux deux poignets.

CHAPITRE VI.

SYSTÈME MUSCULAIRE.

—

Il paraît que la syphilis consécutive a aussi de l'influence sur le système musculaire, car j'ai vu deux fois des contractures produites par elle, ou au moins accompagnant ses symptômes et ne pouvant être rapportées à d'autres causes. Elles appartenaient au muscle biceps brachial : l'avant-bras était un peu porté dans la pronation et la flexion, et ne pouvait être étendu. L'un des malades avait une syphilide ulcéreuse au front : l'autre avait des exostoses aux tibias, plusieurs hydarthroses, des périostoses aux métatarses et aux métacarpes, et la teinte terreuse de la peau.

CHAPITRE VII.

SYSTÈME CELLULAIRE.

—

Le système cellulaire présente dans quelques cas une induration, qui peut être rapportée à la syphilis consécutive. Je ne l'ai pas vue seule, mais je l'ai observée en même temps que la syphilide tuberculeuse arrondie ou aplatie, dont elle était très-distincte. Je l'ai surtout rencontrée aux lèvres de la bouche, qui avaient doublé d'épaisseur. On pourrait, je crois, rapporter à cette maladie l'induration du tissu cellulaire des organes génitaux de l'homme et de la femme qui subsistent après la cicatrisation des chancres.

CHAPITRE VIII.

SYSTÈME NERVEUX.

—

Je n'ai observé qu'une seule affection du système nerveux qui pût être attribuée à la syphilis. Je fais abstraction des dérangements des fonctions mentales qu'on peut regarder comme dépendant de la même cause. J'ai cru en observer plusieurs, mais les données que j'ai à cet égard ne sont pas assez exactes pour que j'ose avancer avec certitude de pareils faits. Je me contente de les soumettre au jugement des praticiens. Je ne veux parler que des lésions du système nerveux qui préside à la locomotion. Lorsque j'étais chirurgien de l'hôpital des Vénériens, il y vint une femme âgée de 36 ans, qui était complétement paraplégique. Là où on la plaçait elle restait : il fallait qu'on la changeât de place dans son lit : elle ne pouvait pas même s'aider de ses bras. Elle me raconta, que dix ans auparavant elle avait allaité un enfant infecté qui lui avait donné mal au sein, et une grosseur dans l'aisselle, et que depuis cette époque elle avait été plusieurs fois malade, et que déjà une fois elle avait été paralysée, mais à un moindre degré : qu'on lui avait fait prendre du mercure dans une eau (probablement du deutochlorure en dissolution) et qu'elle avait été guérie pendant cinq mois. Je l'examinai de la tête aux pieds, et je trouvai : 1° aucune trace d'ulcères aux seins, mais les ganglions axillaires engorgés. 2° Les ganglions inguinaux engorgés, les organes génitaux ne purent être examinés, la malade ne pouvant écarter les cuisses, elle dit, mais avec quelque incertitude, qu'elle n'avait pas eu de mal : elle n'était pas sûre de son mari. 3° Tout le corps criblé de cicatrices rondes, enfoncées, adhérentes aux os dans quelques endroits : je ne puis mieux comparer le corps de cette femme qu'à une cible percée de balles : quelques ulcères existaient encore. 4° Les jambes fléchies sur les cuisses : les cuisses sur le bassin : les avant-bras un peu fléchis sur les bras : les membres abdominaux et le tronc étaient complétement immobiles : les bras jouissaient de quelque mobilité. 5° Des traces d'ulcères guéris aux amygdales. 6° Toutes les fonctions se

faisant mal. Après avoir étudié la malade pendant quelques jours, je la mis à un traitement antisyphilitique par les frictions. Au bout d'un mois, elle remua, et put manger seule; après six mois, elle put monter deux fois seule dans son bain, et monter habituellement dans son lit: au neuvième ou dixième mois, elle put se lever avec des béquilles : elle avait pris 15 onces d'onguent mercuriel en frictions sans le moindre accident. Toutes les fonctions s'exécutaient parfaitement. Je fis mettre plusieurs moxas sur la colonne vertébrale : ils ne produisirent ni bien, ni mal. J'insistai auprès de la malade pour qu'elle continuât l'usage du mercure, elle ne le voulut pas absolument. Elle s'en alla, j'ignore ce qu'elle est devenue. Ce fait m'a rappelé celui d'un de mes amis que j'ai perdu, lorsqu'il était encore fort jeune, à la suite d'une paraplégie qui se manifesta un an après une infection syphilitique, et six ou huit mois après l'apparition d'ulcères consécutifs à la gorge. J'avais émis l'opinion que la maladie pouvait être syphilitique : les hommes de l'art qui le soignaient ne partagèrent pas mon avis.

CHAPITRE IX.

—

Je vais passer dans ce chapitre à l'étude des affections syphilitiques consécutives de chaque partie du corps. J'ai indiqué plus haut la fréquence de leur siége: je ne le répéterai pas. Je décrirai immédiatement les modifications que chacune d'elles présente dans les diverses parties, et je ferai connaître les maladies syphilitiques consécutives qui dépendent de la structure et des fonctions des organes, et qui n'ont pu être comprises dans les descriptions générales.

J'examinerai successivement la syphilis consécutive à la tête, à la poitrine, à l'abdomen et aux membres.

§ 1.

Tête.

1° *Crâne.* Les exostoses de la face interne des os du crâne, qui ont acquis un volume considérable peuvent occasionner des maladies graves par la pression qu'elles exercent sur la masse encéphalique. Elles varient en raison de la portion du cerveau qui est comprimée: c'est ordinairement du côté de l'orbite qu'on les observe, d'où résultent l'exophthalmie, ou l'amaurose.

La céphalée, dont les pathologistes syphilitiques parlent tant, et qu'on a si souvent occasion de rencontrer, n'est autre chose que la névrose des os du crâne.

2° *OEil.* Les parties constituantes de cet organe peuvent être le siége d'affections syphilitiques consécutives. On a pensé que la rétine et le crystallin étaient attaqués par la syphilis consécutive, de là l'amaurose et la cataracte syphilitiques. Quoique des écrivains recommandables aient parlé de ces maladies et en aient rapporté des exemples, on ne les admet plus aujourd'hui. Je n'en ai jamais vu qui puissent être raisonnablement attribués à la syphilis. On ne range plus au nombre des maladies qu'elle occasionne dans l'œil et ses dépendances, que l'iritis pour l'œil et les ulcères des paupières pour les dépendances. La tumeur et la fistule lacrymale qu'on observe si souvent dans les cas d'exostoses de l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur, sont des maladies symptomatiques et non idiopathiques, et qui, par conséquent, ne peuvent être rangées parmi des maladies de l'œil.

L'iritis syphilitique ne se présente jamais seule; elle survient toujours pendant le cours d'une autre affection syphilitique consécutive : jamais peut-être à son début, mais fréquemment dans le cours du traitement pendant la période décroissante. Elle accompagne surtout les syphilides. Doit-on attribuer cela à une corrélation entre ces organes, ou à une simple coïncidence en raison de la fréquence extrême des maladies du système cutané? Je pense qu'il y a quelque rapport entre ces maladies et l'iritis, parce que la conjonctive qui fait partie du système cutané interne participe à la maladie.

Au surplus, je mets en doute que l'inflammation qui survient à l'œil dans le cours de la syphilis constitutionnelle et qui est désignée sous le nom d'iritis soit une affection de l'iris seulement. La couleur que prend cette membrane, sa déformation, et les douleurs qu'éprouve le malade à la lumière et que l'on peut attribuer aux mouvements qu'elle fait alors, ne me paraissent pas suffisants pour caractériser l'iritis. Depuis longtemps les pathologistes qui se sont occupés spécialement des maladies des yeux ont admis l'iritis ou inflammation de l'iris ou uvée. Les caractères pathologiques n'ont pas paru suffisants et plus tard les écrivains ont cru pouvoir ôter du cadre nosologique une maladie qui n'existe pas seule, et qui n'offre pas des symptômes bien clairs et bien tranchés. C'est vers le commencement de ce siècle qu'on est revenu à l'iritis. Mais les pathologistes syphilitiques avaient parlé d'une ophthalmie interne dépendante de la syphilis constitutionnelle, et bien différente de l'ophthalmie blennorrhagique. Je pense que c'est à cette maladie qu'on doit rapporter l'iritis. En effet l'iris seule n'est pas malade. La conjonctive participe de la maladie, et c'est même plutôt l'affection de celle-ci qui fait reconnaître l'iritis syphilitique que les symptômes seuls de cette dernière inflammation. Aussi suis-je porté à croire que la maladie décrite dans ces

derniers temps sous le nom d'iritis n'est autre chose que la maladie décrite par d'autres pathologistes sous celui d'inflammation du globe de l'œil, et que l'iritis syphilitique est l'inflammation du globe de l'œil produite par la syphilis constitutionnelle. Quoi qu'il en soit de mon opinion sur l'iritis, je lui conserve ce nom.

L'époque de son apparition après une syphilis primitive est très-variable, comme celle de tout symptôme consécutif. Je ne l'ai jamais vue que longtemps après la première infection, plusieurs années, par exemple.

Elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, peut-être en est-il ici comme de l'ophthalmie blennorrhagique. Chez l'homme il y a l'engorgement du testicule : chez la femme, l'ophthalmie syphilitique consécutive.

Elle s'annonce par la rougeur de la conjonctive, la douleur dans l'œil, et la difficulté de supporter la lumière. Ces symptômes sont en tout semblables à ceux de l'ophthalmie aiguë peu intense, lorsqu'on les observe superficiellement, mais quand on apporte une grande attention dans l'examen, on y trouve quelques différences. La rougeur de la conjonctive est peu marquée dans les parties éloignées de la cornée : les vaisseaux injectés forment un réseau lâche et un cercle plus serré autour d'elle et présentent une teinte légèrement jaunâtre, mais non pas brune. Quelquefois cette zône est comme dorée. La douleur est peu vive : et je n'ai pas remarqué qu'elle fût plus forte la nuit que le jour. La difficulté de supporter la lumière est très-grande : aussi le malade et l'œil la fuient. Si l'on examine l'œil avec soin, on trouve la cornée moins transparente, l'humeur aqueuse trouble, l'iris changée de couleur, la pupille déformée, et moins noire. La perte de transparence de la cornée et de l'humeur aqueuse n'est pas très-apparente le premier jour : ce n'est que plus tard qu'on peut bien l'observer, et encore n'est-elle jamais portée à un très-haut degré. Le changement de couleur de l'iris est très-visible. Cette membrane est terne : ses différentes couleurs sont confondues : quand elle est claire, elle devient grisâtre ; quand elle est foncée, elle devient d'un noir-rougeâtre. Son bord libre est constamment déformé ; au lieu d'offrir un cercle régulier, il en présente un irrégulier, souvent ce n'est plus un cercle, c'est un polygone à trois, à quatre, à cinq côtés : d'autrefois, une partie est encore ronde et une autre est droite. Toutes ces déformations très-variées et très-irrégulières sont le signe pathognomonique de l'inflammation de l'iris. La face antérieure présente de petites taches rondes, jaunâtres, attribuées par quelques pathologistes à la lymphe coagulable épanchée à la surface, mais que je crois plutôt être de petits abcès qui s'ouvrent dans la chambre antérieure, car c'est constamment après avoir très-bien aperçu ces petits points, et après les avoir vus disparaître, que j'ai observé le trouble le plus grand de l'humeur aqueuse. Dans quelques cas, j'ai vu les stries de l'iris plus saillantes donner à cette membrane une surface inégale. La pupille est moins noire dès le principe, et présente souvent une teinte légèrement rougeâtre, comme si les parties profondes de l'œil avaient participé de la maladie. Plus tard elle prend la couleur que lui donne l'humeur aqueuse devenue trouble. Tels sont les symptômes locaux de l'affection des yeux que j'ai cru devoir rapporter à l'iritis, et que je pense être l'inflammation du globe de l'œil produite par la syphilis constitutionnelle : maladie inflammatoire qui a cela de commun avec toutes les inflammations occasionnées par la syphilis constitutionnelle de présenter les caractères peu marqués propres aux inflammations chroniques. La durée est de deux à trois septenaires.

Le diagnostic de l'iritis est facile, surtout lorsque l'iris est déformé. Avant cette époque, on peut avoir quelque peine à la distinguer.

Le pronostic n'est pas grave : un traitement approprié la guérit toujours dans l'espace de temps que j'ai indiqué.

Je n'ai jamais eu occasion d'observer l'œil après la mort.

Les ulcères des paupières sont de plusieurs espèces. Les uns dépendent des maladies de la peau; les autres, de celles de la conjonctive; les autres, de celles des cartilages tarses et des glandes de Méibomius.

La peau des paupières peut être le siége de toutes les maladies qui attaquent l'organe cutané externe : leurs symptômes, leur marche, leur diagnostic et leur pronostic sont les mêmes; mais, si par suite de l'ulcère de la peau, il se forme des cicatrices vicieuses, elles peuvent renverser le cartilage tarse, et par conséquent la conjonctive, d'où résultent l'écoulement des larmes sur les joues, l'impossibilité de soustraire l'œil complétement à l'action des corps extérieurs, et l'ophthalmie chronique.

La conjonctive peut être également le siége d'ulcères : ils sont très-rares à sa face oculaire ; c'est surtout vers le bord libre des paupières, qu'on les remarque.

Les cartilages tarses et les glandes de Méibomius, peuvent être malades de deux manières : ou ils prennent part à l'affection de la peau ou de la conjonctive, ou ils sont attaqués les premiers, et ce n'est que par suite de leur altération, que ces deux membranes sont malades. Quand une syphilide serpigineuse se manifeste aux paupières, elle peut être assez profonde pour détruire le cartilage tarse : la même chose arrive lorsqu'une ulcération vient à la conjonctive. D'autres fois le cartilage est le premier attaqué; il est nécrosé probablement, et le pus se faisant jour à travers la peau, occasionne un ulcère, qui tantôt prend les caractères

syphilitiques, tantôt ne les revêt pas. C'est dans les cas de cette nature, que l'on trouve des trajets fistuleux.

3° *Nez et fosses nasales.* Le nez et les fosses nasales sont très-fréquemment le siége d'affections syphilitiques consécutives. Parmi ces maladies, les unes lui sont propres, les autres lui sont communes avec la bouche. Je ne parlerai ici que des premières. J'ai déjà dit que le nez était souvent attaqué de syphilide tuberculeuse et ulcéreuse : elles peuvent le déformer plus ou moins. Les tumeurs produites par la syphilide tuberculeuse, qui augmentent beaucoup le volume du nez, disparaissent par un traitement convenable, et cette partie revient à son état naturel. Mais quand la syphilide est ulcéreuse, il n'en est pas de même ; elle laisse des cicatrices plus ou moins apparentes, suivant son siége, son degré et son étendue. Elle peut attaquer la peau seule, ou la peau et les cartilages. Si elle attaque la peau sur les os propres du nez, il y a une cicatrice de grandeur variable, tantôt non-adhérente, tantôt adhérente en raison de la profondeur de l'ulcération : le nez n'est pas déformé, les os étant une charpente dont la forme ne peut être changée. Si elle attaque la peau sur les cartilages, les brides qui résultent des cicatrices, peuvent altérer plus ou moins la forme du nez, et les ailes peuvent contracter des adhérences avec la peau des joues. Quand la syphilide ne se borne pas à la peau, et va jusqu'aux cartilages latéraux et à ceux des ailes, les difformités sont différentes. Si les cartilages latéraux sont attaqués, il y a une perforation ou une destruction complète, et alors la cicatrice bridée relève l'aile du nez correspondante, et incline cet organe de ce côté. Si le cartilage de l'aile est attaqué, la difformité varie selon la portion malade; si c'est la partie qui forme l'aile, elle est diversement échancrée et dentelée, ou complétement détruite ; si c'est la partie qui constitue la sous-cloison, les deux narines sont confondues dans cet endroit, et le bout du nez est un peu aplati; souvent cet aplatissement est à peine marqué, et il faut regarder le nez en-dessous pour s'apercevoir de la destruction du cartilage. Si tous les cartilages sont attaqués en même temps, le nez tombe et on voit l'ouverture antérieure des fosses nasales, comme dans une tête sèche. Les signes et le diagnostic des affections syphilitiques consécutives du nez, sont les mêmes que ceux des maladies du même genre, qui se manifestent dans d'autres parties du corps. Il y a aussi quelques phénomènes locaux qui méritent de l'attention, non-seulement pour annoncer l'apparition de la maladie, mais encore sa durée. L'extrémité du nez devient d'un rouge-violacé : elle est tendue et douloureuse ; elle présente un aspect lisse et brillant; on dirait qu'il y a sur la peau une pellicule, et au toucher on sent de la mollesse, comme si un fluide existait au-dessous de l'épiderme. Tant que cet état persiste, on doit craindre l'apparition ou le retour du mal; et quelquefois au moment où on croit le malade guéri, on voit apparaître un nouveau tubercule ou une ulcération, sur laquelle le pus est concrété.

Lorsque la syphilis constitutionnelle porte son action sur la membrane pituitaire et sur les différentes parties osseuses ou cartilagineuses que forment les fosses nasales, la maladie est beaucoup plus grave. Elle occasionne les syphilides tuberculeuse et ulcéreuse de la première et la nécrose des secondes. Ces affections s'annonçent quelquefois par des douleurs, mais le plus fréquemment elles n'ont d'autre prodrome qu'un écoulement purulent par le nez, et même il arrive quelquefois que peu après l'apparition de cet écoulement, le malade s'aperçoit d'une déformation du nez. Ces différences tiennent à celles qui existent dans le développement de la maladie. Si la syphilide est tuberculeuse, il y a sécheresse de la fosse nasale malade et gêne de la respiration par suite de sa diminution de grandeur. Si elle commence par l'ulcération de la membrane pituitaire, il y a écoulement purulent par le nez ; la matière exhale une odeur infecte. On lui donne alors le nom d'ozène syphilitique, maladie bien différente de celle qui mérite le nom d'ozène, et qui a lieu sans écoulement purulent. Cet écoulement dure plus ou moins longtemps sans altération des os : il est plus ou moins abondant en raison de l'étendue de l'ulcération. Sa quantité est toujours plus grande le matin au réveil du malade, ce qui s'explique par l'amas de matière qui se fait pendant la nuit.

Quand la maladie commence par les os, les parties molles ne sont attaquées que plus tard, et l'on voit alors survenir en même temps et l'écoulement purulent, et l'affaissement du nez. Dans ces cas, l'odeur qu'exhale le malade est plus forte et plus infecte, parce que deux causes se réunissent pour l'augmenter. L'une est la maladie de l'os, et le séjour du pus sur lui : l'on sait que dans les cas de nécrose, le pus qui s'écoule a toujours une odeur très-infecte. L'autre est le séjour du pus dans les anfractuosités des fosses nasales devenues moins libres au passage de l'air, et le phénomène observé a de l'analogie avec celui que l'on voit dans l'ozène qui coexiste toujours avec un aplatissement de la racine du nez.

Les symptômes qui surviennent dans les maladies des portions osseuses et cartilagineuses des fosses nasales diffèrent selon les parties affectées.

Si les os propres du nez sont nécrosés en entier, la partie du nez qu'ils forment est affaissée et aplatie, et il ne reste plus qu'un bout de nez. Si un seul os est nécrosé, le nez n'est déformé que d'un côté : si la nécrose est partielle, il y a un enfoncement sur le point détruit lorsque la peau n'a pas été malade ; et si elle a été affectée, une cicatrice adhérente à l'os se fait à l'endroit correspondant.

Lorsque la cloison des fosses nasales est attaquée, les accidents son différents selon que la cloison est simplement perforée, ou que les différentes parties qui la forment sont détruites. Quand la cloison est perforée, l'ouverture est plus ou moins grande, il y a communication des fosses nasales, et quelquefois une altération de la voix, qui est en général peu marquée. Quand la cloison est détruite, les phénomènes varient selon l'étendue du mal. Si la portion de l'os ethmoïde qui soutient les os propres du nez est nécrosée, ceux-ci s'affaissent, le nez s'élargit, et s'aplatit jusqu'aux cartilages latéraux. Si c'est une portion du vomer qui est nécrosée ou sa totalité, il n'y a aucun changement dans les os du nez, l'ethmoïde les soutenant toujours; mais le cartilage de la cloison n'étant plus fixé en arrière par cet os, il s'affaisse, et les cartilages latéraux cèdent aussi; d'où vient un léger aplatissement du nez, mais peu sensible. Quand le cartilage de la cloison est détruit, les cartilages latéraux ne sont plus soutenus, ils s'affaissent, et alors, comme d'une part, les os du nez sont supportés par la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, et que de l'autre les cartilages des ailes sont maintenus en place par celui de la sous-cloison qui leur appartient, il y a entre les os et les cartilages des ailes une espèce de gouttière qui a la figure d'un Λ renversé, et qui donne au nez un aspect singulier. Lorsque la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, et le cartilage de la cloison sont détruits en même temps, toute la partie supérieure du nez s'affaisse, et il ne reste plus qu'un petit bout de forme pyramidale, qui paraît être appliqué à l'ouverture des fosses nasales, et qui est formé par les cartilages des ailes du nez soutenus par ceux de la sous-cloison. Le nez paraît alors retroussé, parce que la partie supérieure des cartilages des ailes, qui n'est plus soutenue, est portée plus en arrière que l'inférieure appuyée sur la sous-cloison. On ne peut assigner un terme à la durée de la maladie. Il dépend de sa nature et de son étendue.

Le diagnostic des maladies syphilitiques consécutives des fosses nasales offre des difficultés dans le principe. Il n'est pas toujours facile de distinguer l'écoulement commençant d'un coryza : mais quand il est tout à fait purulent, il ne peut plus y avoir d'erreur. La sortie des portions d'os en se mouchant fait bien connaître qu'ils sont nécrosés. On reconnaît quels sont les os malades d'après les phénomènes qui se manifestent.

Le pronostic est grave dans tous les cas, à cause de la difformité : et il est en raison de cette difformité. Il résulte aussi de l'affaissement du nez, une gêne plus ou moins grande de la respiration par les fosses nasales, et une difficulté dans l'écoulement du mucus nasal. Il pourrait aussi survenir une oblitération d'une narine ou des deux.

Les os qui forment la paroi interne des fosses nasales, et sourtout les cornets, peuvent être également le siége des nécroses syphilitiques. Ces cas sont plus rares, et n'offrent rien de particulier.

4° *Joues.* La peau des joues, surtout près du nez et sur les pommettes, est fréquemment le siége des syphilides tuberculeuse et ulcéreuse, dont les symptômes et le diagnostic n'offrent rien de particulier. La portion de la membrane buccale qui tapisse l'intérieur des joues présente souvent un gonflement et des ulcères que l'on attribue à la syphilis et qui n'en dépendent pas. Le gonflement se lie fréquemment à la constipation : il est assez considérable dans quelques cas pour que la membrane muqueuse se moule sur la face externe de dents. Il disparaît toujours dans l'espace de deux ou trois jours au moyen d'un régime adoucissant. Les ulcères reconnaissent trois causes : la morsure en mangeant, la carie des dents, et l'usage abusif ou prolongé du mercure. Je n'ai jamais vu de syphilide ulcéreuse à la face interne des joues. Les ulcères, qui résultent d'une morsure correspondent à l'intervalle des arcades dentaires, leurs bords sont inégaux, la joue paraît avoir été pincée; ils guérissent en deux ou trois jours, à moins qu'en mangeant, on ne les pince de nouveau : ils coexistent presque toujours avec le gonflement de la membrane muqueuse. Ceux qui sont produits par la carie des dents sont situés vis-à-vis la dent malade, sont saillants et ont la forme de la portion cariée. Ils sont rougeâtres et fongueux. Ceux, qui sont le résultat de l'usage abusif et longtemps prolongé du mercure, apparaissent pendant l'emploi de ce médicament, et surviennent indistinctement sur tous les points de la membrane muqueuse buccale, qui est tuméfiée et rouge. Ils ont une surface blanche, jaunâtre et blafarde; ils sont un peu au-dessous du niveau de la membrane environnante, et leurs bords sont arrondis. Ils accompagnent la salivation quand il y a abus des préparations mercurielles, mais ils existent seuls quand il y a usage prolongé du mercure.

Les os molaires, les apophyses montantes des os maxillaires et la partie de ces os qui appartient à la paroi externe du sinus maxillaire sont souvent affectés d'exostoses. Celles de l'os malaire et de la paroi externe du sinus maxillaire causent une difformité plus ou moins grande en raison de son étendue et de son volume. Celle de l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur ne produit pas seulement une difformité : elle occasionne aussi par la compression du canal nasal et même du sac lacrymal, un larmoiement continuel avec gonflement de ce sac et inflammation de la peau qui le recouvre.

5° *Lèvres.* Les lèvres sont le siége assez commun des syphilides tuberculeuse et ulcéreuse. La première, surtout la variété végétante, est beaucoup plus fréquente que la seconde. Les végétations ne présentent pas aux lèvres l'aspect qu'elles offrent dans les autres parties du corps. Elles diffèrent par leur couleur et leur épaisseur. Elles sont

toujours entièrement blanches, tandis que partout ailleurs elles sont rouges et surmontées de pointes blanches. J'ignore complétement d'où peut venir cette différence : rien dans la structure des lèvres ne peut en faire présumer la cause. Elles ont très-peu de saillie au-dessus du niveau de la membrane muqueuse, et leur épaisseur est plus marquée à la circonférence qu'au centre. Cependant on ne peut douter qu'elles ne soient des végétations. Leur structure, examinée à la loupe et à l'œil nu, présente des tiges placées les unes à côté des autres perpendiculairement, et détachées à leur surface libre pour former de petit cônes ; mais ces tiges et leurs sommets paraissent affaissés et aplatis. Ces différences dépendraient-elles de l'humidité continuelle dans laquelle se trouvent les végétations, ou de la compression permanente par les lèvres rapprochées l'une de l'autre ou des dents. Leur siége est à la face interne des lèvres ou à la commissure. La forme ordinaire de celles de la face interne est l'ovalaire : quelquefois elles sont rondes. Celles de la commissure ont une forme particulière : on dirait qu'elles se sont développées sur l'une et l'autre lèvre, et qu'ensuite par leur rapprochement elles ont été pliées en deux : aussi paraissent-elles très-minces au point de jonction des deux lèvres, et ont-elles plus d'épaisseur sur chacune d'elles. Quelquefois ce n'est qu'une simple ligne de végétations développée au point de jonction des lèvres et qui semble aplatie par leur rapprochement. Elles sont toujours isolées, peu nombreuses et de la grosseur d'un grain d'orge.

Il paraît souvent à la face interne des lèvres de petits ulcères ovales ou ronds, de couleur grise, que les malades prennent pour des ulcères syphilitiques consécutifs ; ils n'en ont aucun des caractères, ils succèdent à des aphtes et guérissent en deux ou trois jours. J'ai vu plusieurs fois à la face interne de la lèvre inférieure des ulcères inégaux, déchiquetés, grisâtres que l'on rapporte aussi à la syphilis. On les cicatrise en quelques jours par les cautérisations de nitrate d'argent, et l'usage du miel rosat.

6° *Os maxillaire inférieur*. Cet os est quelquefois le siége de périostoses, d'exostoses et de nécroses.

7° *Langue*. Les symptômes consécutifs qu'on observe à la langue sont les syphilides tuberculeuse, végétante et ulcéreuse, et le gonflement partiel ou total de l'organe. Les végétations ont leur siége à la pointe ou sur les bords. Je n'en ai pas vu à la base où des praticiens en ont observé. Ce que j'ai dit des végétations des lèvres se rapporte totalement à celles de la langue qui n'en diffèrent en aucun point. Les ulcères ont leur siége sur les bords ou à la pointe de l'organe. Ils sont de deux espèces et diffèrent dans leur développement, leurs signes, leur marche, leur durée et leur terminaison. Les uns doivent être rapportés à la syphilide ulcéreuse simple, les autres à la syphilide ulcéreuse rongeante. Les premiers se développent sans aucun prodrome ; ils ressemblent à une simple écorchure : les parties voisines ne sont pas engorgées et le mal paraît borné au lieu où se trouve l'ulcère. Ils sont indolents ; le malade ne s'aperçoit de leur existence que par la gêne qu'ils occasionnent. Ils restent longtemps stationnaires et ont toujours par conséquent une heureuse terminaison, puisque si dès le principe on ne les traite pas convenablement et on ne les cicatrise pas, ils n'augmentent pas. Les seconds sont précédés d'un engorgement inflammatoire chronique avec couleur rouge-violacé de la partie tuméfiée, qui est douloureuse et qui gêne beaucoup dans la mastication, la déglutition et la parole. Ils sont creux, à bords coupés perpendiculairement, couverts au fond d'une couche grisâtre, entourés d'une aréole tuméfiée de couleur rouge-violacé. Ils ont une forme ovalaire d'arrière en avant, et le bord de la langue sur lequel on les observe présente une échancrure. Leur marche est rapide, et dans quelques cas, si on ne se hâte de l'arrêter, on s'expose à voir un des côtés de la langue détruit en partie. Le diagnostic demande une grande attention de la part du praticien : car il pourrait les confondre avec les ulcères suite de la carie d'une dent ou d'une morsure. L'examen des arcades dentaires fait reconnaître de suite si l'on peut avoir affaire à un ulcère provenant de la carie des dents ; en effet, dans ce cas, il correspond à la dent malade, il est d'une forme analogue, et il présente des inégalités en tout semblables aux siennes : de plus il n'y a autour aucun engorgement : ce signe de peu de valeur pour les ulcérations syphilitiques simples en a beaucoup pour les ulcères rongeants. Un autre caractère sert encore à faire distinguer les ulcérations syphilitiques de celles produites par une dent cariée. Les premières sont ou au niveau de la surface de la langue ou enfoncées : les secondes au contraire sont un peu saillantes, et semblent être une fongosité. Au surplus la persistance de l'ulcère après l'avulsion de la dent servira pour fixer définitivement le diagnostic. Les morsures de la langue sont ou légères ou fortes. Les premières, que l'on se fait en mangeant ou en parlant, ne sont jamais suivies d'ulcères et guérissent en quelques jours. Les secondes, qui sont la suite d'attaques de convulsions ou d'épilepsie, présentent une eschare qui tombe au bout de douze ou quinze jours, et laissent une ulcération, que sa position sur les côtés et les faces supérieure et inférieure de la langue, jointe aux circonstances antécédentes, fait aisément reconnaître.

Le gonflement de la langue est une maladie propre à cet organe. Il se présente sous trois formes, tantôt c'est une simple tuméfaction de la membrane muqueuse qui tapisse la face supérieure, tantôt c'est un gonflement de tout l'organe ou de tout un côté seulement, tantôt enfin c'est

un gonflement borné à un seul point. La tuméfaction de la membrane muqueuse se reconnaît aisément. Elle est plus épaisse que dans l'état sain : les lignes qu'elle présente sont plus marquées, et ont l'aspect de fentes qui paraissent plus ou moins profondes en raison de l'augmentation de son épaisseur : les papilles sont saillantes : si on passe le doigt sur la langue, on sent que la membrane muqueuse est dure et résistante, souvent autant qu'un morceau de bois, et les papilles font l'effet d'une râpe. Sa couleur n'est pas altérée. Le gonflement de toute la langue ou d'une moitié de la langue survient dans le milieu et non sur les bords ni à la pointe : il est dur et très-rénitent : il est accompagné de l'épaississement de la membrane muqueuse au point correspondant qui est d'un rouge-violacé. Sa marche est lente : il ne devient jamais assez considérable pour que la langue gêne dans la bouche et soit portée hors de cette cavité. On pourrait le confondre avec le cancer ; mais on évitera toute erreur en se rappelant que celui-ci a son siége à la pointe et aux bords et jamais au centre. Dans quelques cas , il survient aux bords de la langue un gonflement qui pourrait occasionner une erreur de diagnostic soit avec le cancer, soit avec les affections syphilitiques consécutives. Ce bord est gros, épais, tendu, lisse et offre des saillies dirigées de haut en bas, arrondies de derrière en devant, et séparées par des fentes assez marquées. Mais si on touche la langue, on sent qu'il n'y a aucune dureté, et que la partie tuméfiée conserve toute sa souplesse : cet état se lie ordinairement à celui des organes digestifs qui produit la constipation, ou à l'emploi prolongé et abusif du mercure. Le gonflement partiel d'un côté de la langue peut être comparé avec les tumeurs que j'ai dit survenir dans l'épaisseur de la peau. Il se manifeste sur une des moitiés latérales de la langue, vers sa base, par une tumeur arrondie et très-dure qui se développe lentement, reste stationnaire pendant quelques temps, et finit par s'amollir un peu et s'ouvrir : souvent même elle s'ouvre sans avoir présenté la moindre fluctuation. On voit alors un ulcère à bords de couleur rouge-violacé, coupés à pic, lisses, unis, sans papilles, et renversés en dedans, et au fond soit une couche soit un corps jaunâtre. Un stylet introduit pénètre plus ou moins profondément dans la langue, et ne peut enlever la couche ou le corps dont je viens de parler. La circonférence de la cavité reste dure et engorgée. Cette maladie soit avant, soit après son ulcération peut en imposer pour une affection cancéreuse : mais un peu d'habitude dirige promptement dans le diagnostic. Je pense qu'on pourrait rapporter ce gonflement à la syphilide ulcéreuse. Toutes les maladies de la langue dont je viens de parler apportent de la gêne dans la déglutition et dans la parole, en raison de leur intensité, et de leur étendue, et du volume qu'acquiert la langue.

8° *Voûte palatine.* La voûte palatine, formée par l'os maxillaire supérieur et l'os palatin , est le siége fréquent de la nécrose de ces os. La membrane muqueuse de la bouche qui la recouvre, n'est pas affectée d'ulcères : il n'en survient que par suite de la maladie des os. J'ai toujours vu l'os maxillaire supérieur malade, jamais l'os palatin ; ce dernier os, qui forme le cinquième postérieur de la voûte palatine, donne attache à des muscles ; serait-ce à cause de cela que la nature ne voudrait pas qu'il fût nécrosé ? car alors les muscles seraient sans insertion , puisque l'os n'ayant qu'un périoste très-mince, recouvert de la membrane muqueuse de la bouche, ne se régénère pas. Quoi qu'il en soit, le fait est certain, et l'observation le prouve chaque jour. C'est ordinairement vers la partie moyenne de la portion horizontale de l'os maxillaire supérieur, que se manifeste la nécrose ; quelquefois en arrière vers son union avec l'os palatin ; d'autres fois, mais plus rarement, en avant dans la portion de l'os que l'on a nommée intermaxillaire, et qui contient les alvéoles des dents incisives. C'est toujours le long de la suture qui unit les deux os maxillaires supérieurs , qu'elle a lieu. Elle peut n'attaquer qu'un des os, ce qui est plus fréquent, ou les deux en même temps, comme on le voit quelquefois. On n'observe pas de symptômes précurseurs de cette maladie. Il survient tout à coup à la voûte palatine, une tumeur violacée, peu grosse, mollasse, qui dure quelques jours ; elle s'ouvre : il coule un peu de pus, et il reste un ulcère qui persiste tant que la portion d'os nécrosée n'est pas détachée complétement. La sanie purulente qui s'écoule de l'ulcère et de l'os a une odeur infecte, qui se communique à l'air qui sort par la bouche. L'étendue de la nécrose présente autant de variétés qu'il y a de cas différents. La durée de la maladie est en raison directe de cette étendue, et on ne peut la préciser ; si elle se faisait trop attendre, il faudrait accélérer la chute de l'os nécrosé en l'ébranlant de temps en temps, et en exerçant sur lui des tractions. La chute de l'os laisse toujours une perforation incurable , à moins que la nécrose n'ait été très-bornée : car alors l'affaissement qui survient dans l'os peut oblitérer l'ouverture faite par la perte de substance. Cependant ce cas est très-rare, et il faudrait que la portion nécrosée fût excessivement petite. J'ai vu des cas où la perforation n'aurait admis qu'une grosse épingle, et où elle ne s'est pas oblitérée. Il résulte des inconvénients très-graves pour la voix et la déglutition, de la perforation de la voûte palatine, et de la communication de la bouche et des fosses nasales. Quelque petite que soit la perforation, il y a toujours passage de l'air et des aliments liquides de la bouche dans le nez. Le passage de l'air altère le son de la voix, et fait , comme on dit vulgairement , parler du nez ; quelquefois même on entend une espèce de

sifflement dû au frottement de l'air contre les bords de la perforation. Le passage des liquides est peu de chose ; et c'est plutôt un désagrément qu'une incommodité. Quand la communication entre les deux cavités est plus grande, la voix est tout à fait changée, parce que l'air des fosses nasales et celui de la bouche se confondent, et que celui qui vient du larynx ne peut pas retentir sur la voûte palatine. La déglutition devient très-pénible, parce que le bol alimentaire ne peut pas être appuyé par la langue contre la voûte palatine, sans qu'il passe en entier ou en partie dans la cavité nasale. A ces inconvénients qui apportent un trouble dans deux fonctions, se joint une incommodité qui oblige les malades à une grande propreté, c'est le passage des mucosités nasales du nez dans la bouche. Le diagnostic de la nécrose de la voûte palatine est difficile tant que la membrane muqueuse de la bouche est intacte : mais lorsqu'elle est ulcérée, il est souvent très-aisé de voir la portion d'os malade ; et si l'on éprouvait quelque peine, il suffirait d'introduire un stylet dans l'ulcère, pour s'assurer de la maladie. Le pronostic est grave en raison de l'étendue du mal et de la gêne qui doit en résulter dans l'accomplissement des deux fonctions dont j'ai parlé plus haut.

9° *Voile du palais.* Le voile du palais et ses piliers sont souvent le siége d'une inflammation syphilitique, et plus souvent encore celui d'ulcères syphilitiques consécutifs. On y rencontre quelquefois des végétations, soit sur sa surface antérieure, soit sur son bord. L'inflammation est toujours peu intense, et est rapportée par les malades à ces légers maux de gorge qui sont occasionnés par un refroidissement, et qui durent deux ou trois jours. Ils ne la remarquent qu'à cause de sa persistance et de sa ténacité. Ils s'adressent alors à l'homme de l'art, qui, examinant la gorge, trouve la luette, le voile du palais et ses piliers peu tuméfiés et d'une couleur rouge-violacé. Les amygdales participent dans quelques cas à l'inflammation, et présentent dans leurs cryptes une couche grisâtre, qu'il faut se garder de prendre pour un ulcère. L'inflammation syphilitique de la gorge peut n'occuper qu'une des parties qui contribuent à la former. Elle est de longue durée, et n'a rien de fâcheux quand elle existe seule. Malheureusement dans le plus grand nombre des cas, elle n'est que le prodrome d'une affection très-grave, l'ulcère du voile du palais. Quelquefois celui-ci survient subitement sans avoir été précédé d'aucun symptôme. Il a son siége aux bords de la luette ou du voile du palais ou des piliers; on le voit aussi attaquer le voile du palais dans son centre, et le perforer, mais ces cas sont rares, et quand on les observe après guérison complète, la perforation qui existe est fréquemment le résultat de la réunion de deux portions qui ont été ulcérées et découpées par l'ulcération. Ces ulcères se présentent sous les deux formes indiquées, en traitant de la syphilide ulcéreuse des membranes muqueuses. La première forme est plus rare, la seconde est plus commune.

Le développement, la marche, la durée et la terminaison varient selon l'espèce. L'ulcère simple a son siége sur les piliers du voile du palais, ordinairement sur l'antérieur et sur la luette : rarement aux bords ou à la surface antérieure. Il n'est pas précédé de symptômes inflammatoires, et le malade ne s'aperçoit de son existence que par la gêne qu'il éprouve en avalant. L'examen des parties fait voir un ulcère plat, à la surface égale et blafarde, sans engorgement des parties environnantes, de forme arrondie, ou ovalaire et de grandeur variable. Sa durée peut être longue, s'il n'est pas convenablement traité; sa terminaison dans ce cas n'a rien de fâcheux, parce qu'il reste stationnaire, ou ne s'étend que très-peu. L'ulcère rongeant a son siége aux bords du voile du palais, à la face antérieure de la luette et des piliers, surtout de l'antérieur, et rarement à celle du voile du palais ; quelquefois il existe sur sa face postérieure et sur celle de la luette. Il est toujours précédé de l'inflammation syphilitique des parties, sur lesquelles il doit se manifester; elle dure plus ou moins longtemps. On la reconnaît aux signes indiqués plus haut, auxquels se joignent la douleur et la gêne en avalant et en parlant. Lorsque cette inflammation existe, il est important d'examiner souvent la gorge du malade, afin de s'assurer s'il ne se forme pas un ulcère. Quand celui-ci se déclare, on le reconnaît aux signes suivants : il est creux, offre une surface couverte d'une couche grisâtre, difficile à enlever, et a des bords coupés perpendiculairement. Les parties voisines sont d'un rouge-violacé et tuméfiées. Sa forme est très-variable, et il est impossible de l'indiquer à cause de l'irrégularité de sa circonférence. Lorsqu'il a son siége à la luette, il la ronge successivement, s'il commence par la pointe ; si, au contraire, c'est par la base, il l'échancre, la déforme, et la fait tomber. Il peut s'étendre de la luette aux deux côtés du voile du palais, et le ronger en entier. Quand il attaque d'abord une des arcades, il peut détruire un des côtés du voile du palais, une partie de la luette et des piliers ; s'il commence par les piliers, il peut les ronger dans une étendue plus ou moins grande, et même gagner le voile du palais et l'amygdale correspondante. Il est aisé de reconnaître cet ulcère, quand il a son siége à la face antérieure des organes que je viens de citer : mais quand c'est à la face postérieure, le diagnostic devient difficile, et souvent même on ne reconnaît son existence que lorsqu'il a perforé le voile du palais. Son gonflement, la couleur rouge-violacé de sa partie antérieure, la douleur en avalant et en parlant, et l'écoulement de la matière purulente servent à l'éclairer. La marche des ulcères rongeants du voile du palais est en général rapide ; dans certains cas, cette rapidité est ef-

frayante, et l'organe est détruit dans l'espace de deux à trois semaines, et parfois de quelques jours, à moins qu'on n'ait recours à une médication très-active. Dans les cas d'ulcères considérables, le malade peut éprouver des douleurs dans l'oreille, à cause du voisinage des parties affectées, et de la trompe d'Eustache. Le pronostic est constamment fâcheux, quand les ulcères sont rongeants, à moins qu'on n'ait pu arrêter leur marche, ou qu'ils n'aient détruit qu'une très-petite partie de la luette ou du voile du palais. Car lorsque leur action a été très-étendue, il résulte de la destruction du voile du palais, une altération très-grande de la voix, et une gêne extrême de la parole et de la déglutition. Cette dernière fonction s'exécute très-mal, parce que les aliments et surtout les boissons passent dans les fosses nasales. Il y a encore une autre incommodité, qui consiste dans l'écoulement des mucosités de la membrane pituitaire dans l'arrière-gorge.

10° *Amygdales*. Les amygdales sont exposées à l'inflammation et aux syphilides tuberculeuse et ulcéreuse.

Les caractères de l'inflammation syphilitique des amygdales sont semblables à ceux de la même maladie au voile du palais.

La syphilide tuberculeuse est la végétante. Je n'en connais qu'un exemple tiré de la pratique de mon père, et que j'ai vu. Je n'en ai pas trouvé dans les écrivains : quelques-uns parlent de végétation dans le gosier, sans en dire plus long. Plusieurs praticiens de Paris, et M. Cullerier lui-même, m'ont dit n'en avoir jamais rencontré. Le cas que j'ai observé était chez une femme, à qui son mari avait donné la syphilis. Elle portait sur une des amygdales une végétation de la grosseur d'une fraise moyenne. Mon père l'enleva comme une amygdale affectée d'engorgement chronique. Il fit subir à la malade un traitement antisyphilitique. La végétation ne revint pas.

Il faut prendre garde de confondre la syphilide ulcéreuse avec la matière purulente déposée dans les cryptes muqueux. On établira son diagnostic pour ce dernier cas d'après la forme ronde, peu étendue et en entonnoir des cryptes, la multiplicité des points jaunâtres, la couleur égale de la couche jaunâtre, et la disparition de tout symptôme au bout de quelques jours. Les ulcères ont une forme arrondie, mais moins régulière, ils sont plus étendus, ils ont leurs bords coupés perpendiculairement, leur fond est large et plat, ils ne sont pas multipliés, ils sont couverts d'une couche jaunâtre, mais qui n'est pas égale ; ils sont persistants et ne guérissent que par l'emploi des remèdes antisyphilitiques, ou s'ils disparaissent sous l'influence d'une autre médication, ils reviennent bientôt. Leur marche est moins rapide que celle des ulcères du voile du palais, avec lesquels ils coexistent souvent. Leur pronostic est beaucoup moins grave.

11° *Pharynx*. La paroi postérieure du pharynx est le siége de l'inflammation syphilitique consécutive, et de la syphilide ulcéreuse. J'ai observé sur elle les deux formes de cette syphilide, mais plus fréquemment la première. La seconde n'a pas une marche rapide. La vue les fait aisément reconnaître. J'ai observé un cas de périostose du tissu fibreux qui recouvre la partie antérieure de la colonne vertébrale et répond à la paroi postérieure du pharynx :

« Un homme de trente ans, prétendant avoir gagné à l'âge de trois ans la syphilis d'une servante, eut à vingt-sept ans des ulcères à la face interne des lèvres avec engorgement des ganglions lymphatiques du cou. On voit encore la trace des ulcères. Il lui survint à la paroi postérieure du pharynx un gonflement de couleur rouge-violacé, qui dura quinze jours, au bout desquels il se fit une ouverture ronde sur un point de la tumeur. Cette ouverture, qui paraissait faite avec un emporte-pièce, donna passage à un corps blanc-jaunâtre, du volume d'une noix, qui pendait dans la gorge, et gênait le malade. Celui-ci l'arracha, et le trouva semblable au bourbillon d'un furoncle. Il resta une ulcération longue, offrant en bas un cul-de-sac, rendant abondamment un pus jaunâtre. Pendant six semaines, le malade prit conseil de l'un et de l'autre. On lui conseilla des gargarismes adoucissants, ou détersifs : on l'engagea à toucher l'ulcère avec du suc de citron. Ces moyens n'amenèrent aucun amendement. Un médecin fut d'avis que c'était une affection syphilitique, et en conséquence, il donna un gargarisme contenant une solution mercurielle. Le malade étant venu me consulter, l'examen de sa bouche me fit voir l'ulcère dont j'ai parlé, et qui n'avait pas changé depuis l'époque indiquée. Je conseillai les pilules de deuto-chlorure de mercure, et un gargarisme de décoction d'orge et de miel rosat ; au bout de quinze jours, il y avait une amélioration très-remarquable dans l'aspect de l'ulcère, et la suppuration était beaucoup moins abondante. Après trente jours, l'ulcère était au niveau de la membrane muqueuse. Le malade, encore en traitement au moment où j'écris ce fait, est presque complétement guéri. »

12° *Larynx*. Le larynx peut être, d'après les écrivains, le siége de plusieurs maladies dépendant de la syphilis constitutionnelle, telles que les syphilides tuberculeuse végétante et ulcéreuse de sa membrane muqueuse, la nécrose de ses cartilages qui mènent à la phthisie, la raucité de la voix et l'aphonie. Je n'ai pas observé ces maladies avec des caractères assez tranchés pour pouvoir les rapporter uniquement à la syphilis constitutionnelle. Je n'ai eu qu'une seule fois occasion de voir une maladie du larynx seul qui ait pu être attribuée à cette cause, et qui ait cédé au traitement antisyphilitique.

En 1833, on amena à l'hôpital des vénériens

une fille publique qui avait des exostoses aux jambes, des traces de syphilide sur le reste du corps, et une rougeur violacée de la gorge avec aphonie, gêne extrême de la respiration et menace de suffocation. Ce dernier symptôme simulait l'œdème de la glotte. Lorsque je vis la malade le matin, l'on me dit que la veille au soir et dans la nuit elle avait eu plusieurs attaques de suffocation telles, que la trachéotomie paraissait nécessaire. Après l'avoir examinée avec soin, avoir pris connaissance des circonstances antécédentes, qui m'apprirent que cette femme avait eu plusieurs fois la syphilis, et que deux mois avant elle avait eu une pareille maladie qui avait cédé aux antiphlogistiques et aux révulsifs, je crus que sa maladie, que je ne pouvais caractériser exactement parce qu'elle ne présentait aucun signe certain qui pût la classer, dépendait de la syphilis constitutionnelle, et en conséquence je lui administrai le sublimé en pilules matin et soir, le mercure en frictions sur la partie antérieure du cou, des fumigations de sureau dans la gorge, et j'ordonnai contre la suffocation les bains de pieds et de mains, les sinapismes aux jambes, et une potion éthérée. Le deuxième jour, les attaques de suffocation revinrent : on me parla encore de trachéotomie. Le troisième et le quatrième il en fut de même, cependant un peu de mieux commençait à se manifester. A partir du cinquième jour, les accidents de suffocation se dissipèrent totalement, et il ne resta plus que la rougeur de la gorge, l'aphonie, et la gêne de la respiration, accidents qui au douzième jour avaient disparu. Au vingtième jour la voix était presque complétement revenue. Au bout de cinq semaines, la malade parlait bien; elle conservait parfois un peu de raucité, mais seulement à la suite de chants et de cris : il n'y avait plus ni douleur ni rougeur à la gorge, ni gêne de la respiration. La malade, qui était dans le service des filles publiques, et par conséquent retenue de force jusqu'à parfaite guérison, me tourmentait pour la laisser sortir. Voyant que le larynx était en très-bon état, que les traces de la syphilide étaient effacées, qu'il n'y avait plus que les exostoses, et que d'ailleurs les organes génitaux étaient sains, je l'ai renvoyée, en lui recommandant, si elle tombait malade de nouveau, de dire au médecin qui la soignerait que déjà elle avait eu une affection semblable, qu'on avait traitée et guérie par le mercure seulement. Deux mois après, les élèves m'apprirent que cette femme était rentrée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Chomel : je lui en parlai; il me dit avoir reconnu comme moi une affection syphilitique pour laquelle il donnait le mercure ; mais au bout de quelques jours, les menaces de suffocation étant devenues plus fortes, probablement semblables à celles que la malade avait eues dans mon service, il lui fit pratiquer la trachéotomie. Cette femme guérit très-bien et de l'opération et de son affection syphilitique. Ce cas est très-remarquable, à cause des attaques de suffocation qu'avait la malade : elles étaient aussi violentes que possible, et cependant elles cédèrent une fois à l'emploi méthodique du mercure, et l'influence de ce médicament subsista pendant deux mois. La malade en avait pris très-peu (quinze grains au plus). J'avais déjà vu à l'hôpital de la Charité, alors que j'y étais élève en 1824 ou 1823, une femme à laquelle M. le professeur Roux fit la trachéotomie pour une affection semblable. Mais alors je connaissais peu les maladies syphilitiques : d'ailleurs la malade était dans un des services de médecine : elle fut amenée à l'amphithéâtre pour l'opération, et je n'ai pu par conséquent suffisamment diagnostiquer la maladie pour oser rapporter ici l'observation, et lui donner ainsi une authenticité que lon pourrait combattre.

§ 1.

Poitrine.

Je n'ai jamais observé de maladie des organes contenus dans la poitrine qui pût être attribuée à la syphilis consécutive. Corvisart dit avoir observé des végétations sur les valvules du cœur.

§ 2.

Abdomen.

Je ne suis pas plus avancé relativement aux maladies que peut occasionner sur les organes abdominaux la syphilis consécutive, car je n'ai jamais vu d'affections de ces parties que j'aie pu lui rapporter directement. La cachexie syphilitique dépend plutôt de la lésion des fonctions de tous les organes de l'économie, que de celle des fonctions des organes de l'abdomen. Je me souviens d'un cas qui me paraît devoir être mis au rang des lésions des organes digestifs. Je l'ai observé dans la pratique de mon père, il y a longtemps : je ne pourrai pas le donner avec de grands détails, mais il servira néanmoins à jeter quelque jour sur un point aussi obscur. Un homme de 40 à 50 ans avait eu dans sa jeunesse, urétrite, chancre, et bubon, et plus tard quelques symptômes consécutifs. Le tout avait été traité par le mercure, mais avec négligence. Lorsqu'il vint consulter mon père, cet homme était jaune et maigre ; il avait les digestions pénibles ; il était faible et dépérissait. Mon père l'examina et ne trouva aucun organe lésé au point d'expliquer cette altération de la santé. Il pensa que la syphilis constitutionnelle était la cause de ce dérangement général, et il ordonna l'usage de la tisane de Feltz. L'action de ce médicament fut telle qu'au bout de deux mois le malade avait entièrement recouvré sa santé première. Je donne cette observation avec toute la réserve du doute.

1° *Rectum*. Le rectum est le siége de deux affections syphilitiques consécutives, les syphilides tuberculeuse et ulcéreuse. La première ne survient que dans les cas de syphilis constitutionnelle très-avancée. Elle s'annonce par un écoulement purulent, homogène, continu, sans douleur dans l'excrétion des matières fécales. Le doigt introduit dans l'anus sent immédiatement au-dessus de lui un léger engorgement de la membrane muqueuse du rectum. Quand la maladie fait des progrès, la défécation devient difficile : les excréments ne traversent qu'avec peine le rectum devenu étroit par l'augmentation considérable d'épaisseur de ses parois. Le doigt promené dans l'intestin trouve qu'il est considérablement épaissi et rétréci, et qu'il offre des tubercules dans divers points de sa surface. Le contact ne fait pas saigner, si toutefois le doigt n'écorche pas la membrane muqueuse. Il y a quelquefois aussi des stries sanguinolentes sur les matières fécales, si elles sont dures, parce qu'en traversant l'intestin, elles l'ont déchiré. Cet état du rectum n'est pas accompagné de douleurs, hors le temps de la défécation, et elles ne sont pas lancinantes. Dans quelques cas la syphilide ulcéreuse du rectum coexiste avec la tuberculeuse: alors il y a écoulement de sang, chaque fois que le malade va à la selle, et le doigt introduit dans l'intestin le fait saigner. On distinguera aisément cette maladie des hémorrhoïdes internes : mais on peut la confondre avec le cancer, d'autant plus aisément que le malade offre souvent une teinte jaune. Cependant on parviendra à établir son diagnostic en faisant attention que dans le cancer, il y a douleurs lancinantes hors le temps de la défécation, et augmentation de ces douleurs pendant cet acte; que l'écoulement purulent n'est jamais homogène, mais toujours sanieux et mêlé de sang : que dans l'examen avec le doigt on sent un engorgement moins dur, offrant dans les points les plus saillants une espèce de ramollissement, ayant des ulcérations profondes à bords fongueux, et saignant abondamment au moindre contact, tandis qu'au contraire dans les cas de syphilis les parties bosselées sont plus dures, que s'il y a ulcère il est de niveau avec le reste de la partie malade, et l'écoulement de sang à la suite du toucher n'a lieu qu'en petite quantité et lorsqu'on a frotté beaucoup la partie ulcérée.

Le pronostic n'a rien de grave parce qu'avec un traitement antisyphilitique convenable, on parvient à une guérison sûre.

La syphilide ulcéreuse du rectum est une maladie qui ne survient également que dans la syphilis très-ancienne. Elle appartient à la première variété. Elle est située près de l'anus, et s'annonce par un écoulement peu abondant, des douleurs en allant à la garde-robe, et des stries sanguinolentes sur les excréments. On peut toujours l'apercevoir en examinant l'anus, et recommandant au malade de pousser comme s'il allait à la garde-robe. On écarte les plis de l'anus, et on trouve au-dessus de lui et du sphincter un ulcère à surface jaune blafarde, sans élévation au-dessus du niveau de la membrane muqueuse, ayant un aspect tout particulier et ne présentant nullement les caractères propres à la cicatrisation. Il peut se prolonger plus ou moins haut dans le rectum, quelquefois au delà du point où peut parvenir la vue : mais celle-ci peut toujours le découvrir près de l'anus, parce qu'il vient constamment jusqu'au sphincter.

Le diagnostic est facile : le pronostic n'est grave qu'à cause de la persistance de l'ulcère et de la difficulté de le guérir.

2° *Anus*. Les syphilides tuberculeuses végétante et ulcéreuse sont les seules maladies syphilitiques consécutives qu'on observe à l'anus. Les végétations peuvent être uniques ou multiples, grosses ou petites. Ordinairement quand il n'y en a qu'une et qu'on ne la traite pas, elle acquiert un volume assez considérable. Ce n'est pas une maladie grave. La syphilide ulcéreuse a son siége dans les replis de l'anus. S'ils sont très-marqués, on la trouve au fond de chaque repli; s'ils le sont peu, on voit une ulcération plate, à fond pâle, à bords peu rouges et qui sont de niveau avec les parties saines. Elle n'est jamais rongeante. Elle survient souvent pendant l'existence des symptômes primitifs : je l'ai toujours vu coexister avec une autre maladie consécutive. Pour la reconnaître, il faut engager le malade à pousser comme s'il allait à la garde-robe : l'anus se déplisse et on aperçoit très-bien l'ulcère.

3° *Organes génitaux de l'homme*. Le pénis est le siége de végétations quelquefois très-grosses, et très-nombreuses, qui peuvent le cacher, et faire croire à une affection cancéreuse. On les reconnaîtra aisément aux caractères distinctifs que j'ai indiqués, et leur excision fera voir que le gland et le corps du pénis sont sains.

Le testicule est souvent le siége d'un engorgement qui dépend de la syphilis consécutive et que l'on désigne sous le nom de testicule vénérien. Il n'y a en général qu'un testicule malade; dans quelques cas rares, ils le deviennent successivement. J'ai dit en parlant de l'inflammation du testicule suite de l'uréthrite, que l'épididyme restait toujours plus volumineux, et que, quelques soins que l'on prît, jamais on ne pouvait le ramener à sa grosseur naturelle. Cet état ne doit pas être regardé comme une maladie syphilitique consécutive, mais comme une disposition à l'engorgement vénérien, et c'est toujours sur le testicule qui a été enflammé que se développe la maladie consécutive. Je n'ai jamais vu un seul cas où ce ne fût pas ainsi. Un malade, par exemple, ayant eu une inflammation du testicule par suite d'une uréthrite, et le même malade ayant soit en même temps, soit à une autre époque, des chancres, je n'ai jamais vu le testicule, qui n'avait pas été en-

flammé primitivement être affecté d'engorgement consécutif. Mais quand un individu a eu une syphilis sans inflammation du testicule, l'un ou l'autre de ces organes peut être attaqué.

L'engorgement syphilitique du testicule se présente sous différentes formes. Tantôt l'épididyme et le testicule offrent un volume à peu près égal, et il n'y a pas épanchement de sérosité dans la tunique vaginale : tantôt le testicule et l'épididyme étant dans les mêmes conditions, la tunique vaginale contient une certaine quantité de sérosité : tantôt enfin l'épididyme est à peine volumineux, et le testicule forme la tumeur presque entièrement. Dans ces différents cas, on trouve toujours l'épididyme dur et très-résistant, et le testicule plus consistant que dans l'état naturel : mais il offre une souplesse et une égalité de surface très-remarquables. Sa forme est ovoïde, et sa grosseur plus marquée à la partie inférieure à cause du volume de l'épididyme en cet endroit. Lorsqu'on le touche, le malade ressent une douleur semblable à celle que produit la pression de cet organe parfaitement sain. Le cordon testiculaire et la peau du scrotum n'éprouvent aucune altération. Je crois avoir observé un phénomène qui n'est pas indiqué : c'est le défaut de rapport entre le poids de la tumeur et son volume. Elle est moins lourde que l'on pourrait le présumer en la voyant.

La marche de cette affection est lente et sa durée longue. Elle se termine par résolution, suppuration et induration. La résolution s'obtient aisément dans le principe par un traitement approprié : on peut encore la procurer par le même moyen quand la maladie est avancée, et même alors qu'il y a déjà un peu de suppuration. Celle-ci n'arrive que très-tard : elle se forme lentement et enfin le pus se porte au dehors en altérant la peau. L'induration a lieu lorsque l'engorgement est très-ancien : on ne peut reconnaître son existence qu'après avoir fait pendant quelque temps un traitement antisyphilitique.

Le diagnostic présente souvent des difficultés parce qu'on peut confondre le testicule vénérien avec le sarcocèle et avec l'engorgement tuberculeux. Je vais tâcher d'éclairer ce point de pratique. Le sarcocèle se présente sous trois formes : 1° le testicule s'atrophie ; 2° il prend un volume considérable ; 3° il conserve un volume intermédiaire entre les deux premiers. Ce troisième cas est le seul qui puisse être confondu avec le testicule vénérien, qui n'est jamais ni très-petit, ni très-gros : mais la dureté de la tumeur, ses bosselures tantôt dures, tantôt donnant une fausse sensation de suppuration, son poids, la douleur que ressent le malade par sa pression, les élancements et les dardements qu'il éprouve à différentes époques et sans cause appréciable, enfin les douleurs de reins, sont autant de raisons qui peuvent conduire à un diagnostic certain. Il pourrait devenir encore plus difficile lorsque le sarcocèle commence par l'épididyme, si dans cette circonstance, il n'y avait un engorgement du conduit déférent qui n'existe pas dans le testicule vénérien. L'engorgement scrofuleux est plutôt confondu avec l'engorgement syphilitique, parce qu'il y a plus d'analogie entre les deux affections. Je n'émets aucun doute sur la nature scrofuleuse des engorgements du testicule chez les enfants, mais il n'en est pas de même pour les adultes. Je crois qu'on a pris fréquemment des engorgements syphilitiques pour des scrofuleux, et ce qui me porte à avoir cette opinion, c'est que les écrivains donnent comme signes ceux que j'ai constamment observés dans les testicules vénériens. Aussi je doute que dans l'état actuel de nos connaissances, il soit possible de se prononcer *à priori* chez un adulte. On pourra s'aider de l'âge du sujet, de la coexistence des symptômes généraux des scrofules, de la non-préexistence d'uréthrite, des bosselures molles, petites, et suppurées de la tumeur, et du commencement de la maladie par le testicule, et non par l'épididyme.

Le pronostic n'est grave que lorsque l'emploi d'un traitement antisyphilitique ne guérit pas l'engorgement, parce qu'alors il faut avoir recours à l'extirpation du testicule.

4° *Organes génitaux de la femme.* Les végétations sont très-fréquentes aux organes génitaux externes de la femme. Leur diagnostic est très-facile pour les personnes qui ont l'habitude de voir les maladies syphilitiques, surtout si elles suivent, pour l'éclairer, les conseils que j'ai donnés. J'ai vu plusieurs erreurs à cet égard. Souvent les caroncules myrtiformes sont très-développées, très-grandes, et blanches, et je sais que des hommes de l'art les ont enlevées croyant couper des végétations : il est pourtant facile de les distinguer. Elles sont douces, molles, et n'offrent aucune aspérité à leur surface : les végétations au contraire sont dures, résistantes, et présentent à leur surface des pointes ou au moins des aspérités, si elles sont récentes. La différence de structure sert encore à éclairer le diagnostic : le tissu des caroncules est uniforme : celui des végétations ne l'est pas : on aperçoit leurs tubes accolés surmontés d'une pointe blanche. Quelquefois le chancre des petites lèvres produit leur tuméfaction ; et quand elles sont longues, leur bord offre des dentelures, et de petites saillies pointues et blanches, que l'on peut aisément prendre pour des végétations, même quand on a l'œil très-exercé, et qu'on n'apporte pas une très-grande attention. La circonstance de la présence d'un chancre, et la mollesse des pointes empêcheront de commettre une erreur. J'ai vu plusieurs fois toute la surface des petites lèvres parsemée de points blancs, qui faisaient croire à l'existence de végétations. Le toucher m'a constamment suffi pour diriger mon diagnostic.

Le vagin est le siége des syphilides tuberculeuse végétante et ulcéreuse. La première est plus com-

mune qu'on ne le pensait autrefois. Cullerier disait qu'il n'en avait que trois ou quatre exemples. Je suis loin d'avoir son expérience, et j'en ai déjà observé un plus grand nombre de cas. Elles ont leur siége dans toute la longueur du vagin, et même dans le prolongement qu'il forme autour du col utérin. Elles sont en tout semblables à celles qu'on observe sur les autres parties. Malgré l'humidité dans laquelle elles sont continuellement plongées, elles présentent au doigt la même résistance, la même dureté et les mêmes aspérités à leur surface. Je les ai vues très-nombreuses, mais jamais plus grosses qu'un grain de chenevis. La syphilide ulcéreuse est rare. Sur deux mille femmes au moins que j'ai soignées, je ne l'ai rencontrée que deux fois. Je ne prétends établir aucun rapport entre ces deux chiffres, je veux seulement donner une idée de sa rareté. Elle est toujours de la première espèce : jamais je ne l'ai vue rongeante : elle est en tout semblable à celle du rectum. Elle se présente sous la forme d'un ulcère plat, à surface unie, et de niveau avec les bords, à fond blafard, jaune blanchâtre, n'offrant aucun bourgeon charnu, et n'ayant pas par conséquent de tendance à la cicatrisation. La marche est lente : l'ulcère, parvenu à une certaine grandeur reste stationnaire. Il est très-difficile à guérir. Un de ceux que j'ai vus a résisté pendant treize mois à tous les moyens thérapeutiques variés que j'ai mis en usage.

Le diagnostic est assez aisé. Le pronostic n'est grave qu'en raison de la longueur de la guérison.

Les écoulements qui se font par l'utérus et le gonflement avec rougeur et excoriation du col de cet organe peuvent-ils être rapportés à la syphilis consécutive? Je ne le pense pas. On voit quelquefois sur le col de l'utérus des espèces d'excroissances qui n'ont aucune analogie avec la syphilide tuberculeuse végétante, et des excoriations qui ne présentent pas l'aspect syphilitique. Différentes causes peuvent les occasionner, mais dans aucun cas je ne leur ai trouvé les caractères des maladies syphilitiques consécutives.

§ 4.

Membres.

Les différents tissus, qui concourent à la formation des membres, sont le siége d'un grand nombre d'affections consécutives que j'ai indiquées plus haut : il y a parmi elles une maladie qui attaque simultanément plusieurs de ces tissus, et dont je dois parler ici : c'est la tumeur blanche. Elle est assez commune : elle a son siége principal dans les parties molles, lorsqu'elle commence à se développer, et plus tard elle gagne les os. Ses signes, sa marche et son diagnostic sont les mêmes que ceux des tumeurs blanches dépendant d'autres causes. Le pronostic est beaucoup moins grave ; tant que les os ne sont pas malades, on est sûr d'obtenir la résolution, et quand ils le sont devenus, on peut encore avoir un grand espoir de guérison. J'ai vu un malheureux, qui avait eu, je crois, toutes les maladies syphilitiques primitives et consécutives, finir par être attaqué d'une tumeur blanche de l'articulation huméro-cubitale gauche. Au moyen d'un traitement antisyphilitique bien suivi, j'obtins dans l'espace de deux à trois mois une amélioration très-grande : l'engorgement des parties molles et dures diminua considérablement, plusieurs fistules se formèrent, mais il en resta deux, et une ankylose pour laquelle il se fit amputer le bras.

La peau qui unit les orteils entre eux, et celle de leur face interne sont souvent le siége de la syphilide ulcéreuse de la première espèce. Il y a presque constamment une autre maladie syphilitique consécutive qui aide au diagnostic. Dans les cas contraires on l'établit aisément par l'étude des symptômes.

SYPHILIS CONGÉNIALE.

—

La syphilis congéniale est celle que le fœtus contracte dans le sein de la mère, et qu'il apporte en naissant.

Plusieurs écrivains s'en sont occupés spécialement, et l'ont décrite sous le nom de syphilis des enfants nouveau-nés. Je crois que la dénomination de syphilis congéniale est préférable parce qu'elle indique que la maladie a été contractée pendant que le fœtus était encore dans l'utérus, et qu'elle est innée; tandis que l'autre dénomination s'applique également et à la syphilis acquise et à la syphilis constitutionnelle. Ils lui avaient donné ce nom parce qu'ils pensaient que l'enfant tantôt apportait le germe de la syphilis, et tantôt la gagnait en traversant les organes génitaux malades. Mais il n'en est pas ainsi. Le fœtus attaqué de syphilis l'a reçue dans l'utérus de sa mère : il ne peut la contracter en sortant, parce qu'il est couvert d'un enduit sébacé, qui le préserve de l'action du pus des chancres et du fluide de l'écoulement. L'expérience est là pour prouver chaque jour ce que j'avance : jamais on ne voit chez un enfant des symptômes de syphilis primitive se manifester six ou huit jours après la naissance; ce sont toujours des symptômes de syphilis consécutive. Or on sait que l'incubation de la première n'est pas plus longue, et quand le fœtus présente des symptômes syphilitiques dans cet espace de temps, ce sont constamment des symptômes consécutifs. Si l'on peut citer quelques cas rares contraires, ils sont accompagnés de circonstances qui ne font que confirmer la règle. Lorsqu'un enfant offre des symptômes primitifs après un plus long temps, il

est certain que la syphilis a été acquise après l'accouchement. Une autre cause d'erreur vient de ce que l'on a confondu les symptômes consécutifs avec les primitifs : ce que j'ai dit des unes et des autres est suffisant pour faire reconnaître la justesse de l'opinion que je soutiens maintenant. L'on s'était aussi appuyé, pour prouver la contagion au passage, de l'ophthalmie puriforme des enfants nouveau-nés. Elle n'est pas syphilitique primitive; elle manque du symptôme pathognomonique, le bubon : elle ne diffère en rien de toute autre ophthalmie puriforme. Enfin toutes les maladies syphilitiques, dont les enfants sont attaqués après la naissance, sans infection ultérieure, manquent de ce signe, qui est infaillible. Je trouve une nouvelle preuve à l'appui de mon opinion, dans ce qu'on observe lorsque les enfants apportent au moment même de leur naissance des symptômes de syphilis : ils appartiennent toujours à la consécutive et jamais à la primitive. Ce sont des tubercules, des ulcères, dans quelques cas rares des nécroses ou des perforations, et souvent des symptômes généraux.

La syphilis congéniale apparaît ordinairement dans les deux premiers septenaires après la naissance. Quelquefois elle ne se manifeste qu'au bout de plusieurs mois. Peut-elle rester renfermée dans l'économie pendant plusieurs années? Mon expérience ne me permet pas de résoudre cette question. J'ai connaissance d'un fait que je pourrais citer en preuve : mais il manque de circonstances nécessaires pour le rendre authentique aux yeux de tous les praticiens. J'ai souvent vu la syphilis congéniale se montrer pendant les deux ou trois premiers mois. Je ne l'ai pas observée chez des enfants nouveau-nés au moment de la naissance ; mais des accoucheurs, auprès desquels j'ai pris des renseignements, m'en ont cité des exemples.

Le siége le plus fréquent est à la peau, sous forme de syphilide tuberculeuse ou ulcéreuse. M. Dubois a rapporté un cas où il y avait perforation de la cloison des fosses nasales. Peut-être que les destructions partielles ou totales du voile du palais, et les perforations de la voûte palatine sont dues aux mêmes causes, chez quelques individus. Bertin a cité un cas de périostose, et un de syphilide tuberculeuse végétante. Quand la syphilis congéniale offre des symptômes généraux, ils altèrent toutes les fonctions, et il y a cachexie syphilitique. Je n'admets pas chez l'enfant nouveau-né la syphilide pustuleuse : le nom des pustules a reçu pour eux comme pour l'adulte une fausse acception, et toutes les observations de pustules doivent être rapportées aux tubercules ou aux ulcères ; on peut s'en convaincre en lisant avec attention les descriptions données par les écrivains. D'ailleurs quand je dis que je n'admets pas cette syphilide, c'est parce que je ne l'ai pas observée, quoique j'aie vu un assez grand nombre d'enfants malades.

La syphilide tuberculeuse est plate ou arrondie ; celle-ci est plus commune. La syphilide ulcéreuse affecte rarement la peau ; le plus ordinairement elle occupe les parties du système cutané intermédiaires à la peau et aux membranes muqueuses, ainsi l'anus et les lèvres de la bouche. Elle appartient toujours à la première variété.

Les symptômes sont les mêmes que chez l'adulte.

Le diagnostic offre souvent des difficultés. J'ai vu confondre des tumeurs produites par l'irritation de l'urine avec la syphilide tuberculeuse. On me présenta un enfant de six semaines, qui avait vers le milieu de la face interne des deux cuisses aux deux points correspondants, une tumeur violacée que l'on croyait être une syphilide tuberculeuse. D'après la couleur et la forme je doutai de la nature de la maladie, et je fis des recherches pour m'assurer de la cause de cette affection. Je trouvai que l'enfant avait un phimosis ; que l'urine, avant d'être projetée au dehors, s'amassait sous le prépuce, qu'une certaine quantité restait sous cette membrane, et que le reste sortant goutte à goutte irritait la peau des cuisses en tombant dessus, et produisait la maladie prise pour une syphilide tuberculeuse. Je renvoyai l'enfant au chirurgien qui me l'avait adressé.

Les erreurs de diagnostic sont plus fréquentes à la bouche. Souvent on prend de petites ulcérations des lèvres, ou des aphthes pour des chancres. Il faut dans les cas de ce genre être très-réservé dans son diagnostic. Il y a une circonstance dans laquelle cette réserve est surtout nécessaire : c'est lorsque la nourrice voulant donner à téter, les mamelons s'ulcèrent et tombent. On peut alors accuser l'enfant d'avoir donné l'infection surtout s'il a des ulcérations à la bouche. On s'éclairera en faisant attention s'il existe des bubons. En effet s'il n'y en a pas, ce sont des aphthes, ou une syphilide ulcéreuse ; et l'une et l'autre de ces maladies ne sont pas contagieuses : car la syphilis congéniale n'est pas plus contagieuse que la syphilis consécutive.

Le pronostic n'est pas grave : on la guérit, soit en traitant la nourrice, soit en traitant l'enfant.

La cachexie syphilitique est très-commune chez les enfants nouveau-nés, et c'est de toutes les formes qu'affecte chez eux la syphilis consécutive celle que l'on rencontre le plus souvent. Il est très-difficile, on pourrait presque dire impossible de la diagnostiquer, parce qu'on ne connaît pas les circonstances antécédentes et que les parents ne les avouent pas. Les enfants qui naissent avec cette cachexie, sont maigres, décharnés, chétifs ; leur peau est d'un jaune terreux ; elle semble trop grande pour couvrir leur corps : elle est plissée, et paraît racornie dans quelques parties. Le visage est ridé, et a de l'analogie avec celui d'une personne décrépite. Les fonctions digestives se font mal. La mort survient tantôt quelques jours,

tantôt quelques septenaires après la naissance, et toujours dans la première année de la vie. D'autres causes pouvant occasionner chez le fœtus des accidents analogues, on ne peut que rarement hasarder son diagnostic : aussi le pronostic est très-fâcheux.

On peut conclure de ce que je viens de dire sur la syphilis congéniale :

1° Que la syphilis congéniale est la même maladie que la syphilis consécutive puisqu'elle se présente avec les mêmes symptômes.

2° Que par conséquent elle n'est pas contagieuse.

3° Que le fœtus la contracte dans le sein de sa mère, et en présente quelquefois, mais rarement, les symptômes au moment de sa naissance.

4° Que le plus souvent ces symptômes ne se manifestent que plusieurs jours après la sortie de l'enfant, hors de l'utérus.

5° Que l'enfant ne peut donner la syphilis à moins qu'il n'ait des symptômes de syphilis primitive.

6° Qu'il ne peut gagner celle-ci en traversant les organes génitaux de la mère ; et que par conséquent, il faut qu'il l'ait reçue ou de sa nourrice ou de quelque autre personne.

TROISIÈME PARTIE.

—

TRAITEMENT

DE

LA SYPHILIS EN GÉNÉRAL.

—

J'ai établi en principe dans le cours de cet ouvrage, que nous avions à considérer dans la syphilis deux choses : l'infection générale et la maladie locale. Cette distinction retrouve ici toute son importance. En effet, si la syphilis est une affection purement locale, un traitement local suffira : mais si elle est un principe morbifique, qui s'introduit dans l'économie, et dont le mal local est seulement le symptôme, il faut avoir recours à des moyens thérapeutiques qui agissent sur toute la constitution. Dès l'origine de la syphilis, cette dernière opinion a prévalu, et toujours l'on a combiné le traitement local avec le traitement général. Dans ces derniers temps, comme on a nié l'infection syphilitique constitutionnelle, on a rejeté également la médication interne, et l'on a pensé que puisque la maladie se manifestait par des symptômes bornés à une partie du corps, la guérison de ceux-ci indiquait celle de la cause. La facilité avec laquelle on obtient par les médicaments les plus simples la disparition des symptômes primitifs de la syphilis, a donné à cette opinion une apparence de réalité, qui s'est encore accrue par l'impossibilité où l'on était de diagnostiquer sûrement les affections syphilitiques. L'expérience a bientôt prouvé que l'on avait tort, et il a fallu en revenir à l'ancienne opinion, qu'un traitement général était de toute nécessité pour une guérison radicale. Néanmoins l'incertitude du diagnostic a replongé les praticiens dans l'incertitude du traitement. Pour sortir de cet état, il était indispensable d'avoir un signe pathognomonique, et j'y suis parvenu comme je l'ai exposé plus haut. Ayant cette donnée, j'ai dirigé mes recherches sur la thérapeutique ; je l'ai variée dans les circonstances semblables, et je suis arrivé à des résultats que je vais faire connaître dans cette troisième partie.

Un grand nombre de médicaments ont été mis en usage contre la syphilis. L'expérience de plusieurs siècles a démontré jusqu'à la dernière évidence, qu'un seul avait mérité et conservé le nom d'antisyphilitique, c'est le mercure. Je me suis attaché à l'étudier, et j'ai borné mes essais aux préparations le plus généralement employées, parce que je pense que ce n'est pas tant la variété que la bonne administration des médicaments, qui fait la meilleure thérapeutique. Je me suis aussi servi d'autres substances qui ont été prônées contre la syphilis. Je vais parler des uns et des autres, en les considérant d'abord sous le point de vue général ; ensuite j'en ferai l'application à chaque maladie.

CHAPITRE I.

DU MERCURE.

—

Le mercure est le médicament spécifique contre la syphilis.

On faisait usage du mercure contre les maladies de la peau, longtemps avant l'apparition de la syphilis, et l'on fut conduit à l'employer contre elle, parce qu'elle se manifeste souvent par des altérations morbides de l'organe cutané. Les succès que l'on retira dès le principe de l'administration de ce médicament, lui acquirent promptement une grande célébrité, qu'il a toujours conservée, quoi qu'on ait fait pour la détruire. On lui a reproché d'être infidèle, et d'occasionner des accidents aussi graves et aussi durables que la maladie à laquelle on l'opposait. Ces objections, qui pa-

raissent fondées, ne doivent pas être attribuées au médicament, mais à son mode d'administration, et aux circonstances dans lesquelles on l'a donné. Personne, à moins qu'on n'ait jamais vu de maladies syphilitiques, ne peut nier les avantages du mercure dans cette classe de maladies. Son influence est trop marquée et trop sensible, pour qu'on puisse penser qu'elle dépend des autres médicaments mis en usage à la même époque ; et d'ailleurs, quand on emploie le mercure seul, sans le joindre à aucune substance, on obtient les mêmes effets. Mais il faut, quand on use de ce moyen thérapeutique, faire attention à trois choses : 1° à la nature de la maladie ; 2° à la quantité de médicament convenable pour neutraliser l'action du virus syphilitique ; 3° à la manière de l'administrer, pour qu'il agisse sans faire naître aucun accident.

1° Dans un grand nombre de cas, on a regardé comme syphilitiques des maladies qui ne l'étaient pas, et on s'est servi du mercure pour les guérir. On n'a pas réussi : alors on a eu recours à des moyens thérapeutiques plus appropriés à la maladie, et on a réussi ; de là, on a conclu que le mercure n'était pas nécessaire pour la guérison de la syphilis. On a vu des chancres se cicatriser sans usage du mercure ; des végétations tomber soit d'elles-mêmes, soit par des cautérisations, ou être coupées et ne pas revenir ; la syphilide tuberculeuse guérir par la cautérisation, etc., donc le mercure n'est pas nécessaire pour la cure de la syphilis. Ce raisonnement, très-spécieux en apparence, est faux au fond. Il peut être appliqué à toutes les maladies et à tous les modes de traitement mis en usage ; il n'en est pas moins vrai, cependant, qu'on ne l'adoptera jamais pour aucune maladie, toutes les fois que son caractère sera bien connu. L'observation journalière prouve que des maladies syphilitiques consécutives, contre lesquelles on ne faisait pas usage du mercure, n'ont pas guéri, et qu'elles ont disparu de suite dès qu'on l'a employé. J'ai vu chez une femme qui avait eu plusieurs fois des vaginites, des ulcères primitifs et des bubons, un petit ulcère consécutif de l'aile gauche du nez, que l'on traitait depuis quinze jours par les émollients, sans qu'il survînt aucun changement : pour faire plaisir aux élèves qui voulaient s'assurer s'il guérirait, je consentis à le traiter encore pendant trois semaines par les cérats simples ou de Goulard. Aucune amélioration ne s'opéra. Je le fis panser pendant trois semaines avec le cérat mercuriel, et je fis prendre à l'intérieur des pilules de deuto-chlorure de mercure ; et il fut entièrement cicatrisé. Une autre femme, qui avait eu une vaginite et des bubons non suppurés, garda pendant six mois une syphilide tuberculeuse du nez, qui ne céda qu'à un traitement que je lui fis faire, par le proto-iodure de mercure, à l'intérieur et à l'extérieur. La guérison fut complète en trois septenaires. Un malade ayant eu un chancre et un bubon suppuré vit, six mois après leur guérison, une syphilide tuberculeuse végétante se développer sur le gland et le prépuce. Un chirurgien coupa six ou huit fois les végétations, en promettant au malade de le guérir à force de faire des excisions. Celui-ci, voyant qu'il était toujours dans le même état, vint me trouver ; je lui fis prendre le sublimé à l'intérieur, et au bout de quatre mois de traitement, il se vit complétement débarrassé, les végétations étant tombées successivement. Une jeune fille de 17 ans entra à l'hôpital des vénériens, pour des végétations aux grandes lèvres et à l'anus. Elle avait eu des chancres et un bubon non suppuré. Voulant expérimenter si l'excision des végétations suffirait pour les guérir, je les coupai à mesure qu'elles revenaient, et en huit mois j'en fis l'excision au moins seize fois. Elle et moi, fatigués de tant d'opérations, nous eûmes recours au deuto-chlorure de mercure, qui détruisit complétement les végétations. Elles se détachèrent d'elles-mêmes et ne revinrent plus. La malade attaquée de syphilide nigricans dont j'ai parlé plus haut, avait déjà usé de plusieurs moyens thérapeutiques infructueux, lorsqu'elle entra à l'hôpital. L'emploi du proto-iodure de mercure produisit une amélioration très-prompte et très-rapide. Je pourrais citer un grand nombre d'autres observations semblables. Il est donc très-important d'établir rigoureusement le diagnostic de la maladie, avant d'avoir recours au mercure. Il est des cas où l'on éprouve de très-grandes difficultés : il faut examiner avec soin les circonstances antécédentes, et surtout la coexistence de bubons. Mais il ne suffit pas de savoir que la maladie est syphilitique, on doit encore avoir égard à l'espèce de maladie syphilitique; car, tel médicament mercuriel convient mieux pour l'une, et tel pour l'autre.

2° La quantité de médicament convenable est une chose très-importante; il en est du mercure comme du quinquina, autre médicament spécifique ; il faut en donner une certaine quantité pour obtenir l'effet désiré. Je crois qu'en général on n'a pas assez insisté sur la dose de mercure qu'il fallait administrer pour obtenir une guérison radicale, et ne pas voir récidiver la maladie. Aujourd'hui surtout qu'on s'est beaucoup élevé contre son usage, et que l'on a tant répété qu'il était inutile pour la guérison des maladies syphilitiques, il y a une grande incertitude sur la dose à laquelle on doit le porter : aussi est-ce à cause de cette incertitude que l'on observe un si grand nombre de rechutes après son emploi. Quelques praticiens pensent qu'il faut en donner tant que les symptômes subsistent; d'autres autant après la disparition des symptômes et en dégradant, qu'on en a administré avant et en montant; d'autres qu'il faut en donner une certaine dose toujours la même, toujours fixe, peu importe le mode d'administration et l'existence ou la disparition des symptômes.

D'autres enfin pensent qu'il faut changer la préparation mercurielle, dès qu'elle n'agit plus aussi efficacement après avoir été employée pendant un certain temps, et en prendre une autre. Cette dernière méthode est la plus mauvaise que l'on puisse employer. Toutes les fois que j'ai rencontré des malades dans cette condition, j'ai eu constamment beaucoup de peine à les guérir. Aussi ai-je grand soin de m'enquérir exactement des traitements antérieurs; et quand il y en a eu plusieurs, de me rattacher à l'un d'eux, si je le suppose bien approprié à la maladie ; ou si les changements dans les modes de traitement ont été trop fréquents, d'en prendre un nouveau qu'on n'ait pas employé. Mais toujours je le fais comme si le malade n'avait pas encore été traité. Ces cas sont très-graves, et occasionnent souvent beaucoup de désagréments aux praticiens parce que la cure est beaucoup plus longue, et que les malades ne veulent pas s'y soumettre. On conçoit sans peine qu'il est impossible d'indiquer d'une manière précise pour chacun à quelle dose on doit lui administrer le mercure. En effet il faudrait pour cela connaître la capacité de chaque individu pour ce remède, c'est-à-dire savoir quelle quantité agira sur lui pour faire cesser les symptômes et les empêcher de revenir. Il faut donc après avoir observé un grand nombre de cas et les avoir comparés, établir à quelle dose on a donné le mercure, voir quelle est celle qui a le mieux réussi et la choisir pour base : c'est d'après ce principe que j'ai agi.

Dans les premiers temps où je me suis occupé d'une manière toute particulière de l'étude de la syphilis, j'ai apporté beaucoup d'hésitation dans la thérapeutique. Je ne savais à qui m'en rapporter, voyant que les praticiens les plus expérimentés n'avaient pas de méthode fixe. J'ai donc cherché, et mes résultats ont été les suivants : il faut donner, quel que soit le symptôme, depuis l'adolescence jusqu'à la vieillesse, une dose toujours la même pour chaque préparation mercurielle. Il est préférable que le malade la prenne sans interruption. Si cependant des circonstances l'obligent à mettre du secret dans son traitement, on peut le suspendre pendant quelques jours. Il vaut mieux, si l'on craint que le mercure occasionne des accidents, le donner à très-petite dose, pour ne pas interrompre. Pour les enfants on varie la dose en raison des âges dans la même proportion que tout autre médicament : il y a néanmoins de l'avantage à forcer la dose. Elle varie selon chaque préparation mercurielle. Il faut avoir grand soin de faire un traitement complet, c'est-à-dire d'administrer la dose qui doit empêcher la récidive : en agissant autrement, on expose le malade à avoir plus tard beaucoup de peine à se guérir.

3° La manière d'administrer le mercure pour qu'il ne fasse pas naître des accidents diffère selon chaque mode de préparation qu'on met en usage, et ne peut être indiquée d'une manière générale.

Le mercure produit sur l'économie animale des effets dont les uns sont communs à toutes les préparations et les autres sont propres à quelques-unes d'entre elles. J'examinerai ceux-ci plus tard.

Les premiers peuvent être divisés en deux classes : effets produits par l'abus du mercure : effets produits par l'usage longtemps continué.

Les effets qu'occasionne l'abus du mercure sont : 1° le gonflement des gencives et le dépôt d'un tartre épais sur leur union avec les dents ; 2° la salivation ; 3° les ulcères des membranes muqueuses buccales et linguales.

1° L'emploi du mercure à haute dose fait promptement tuméfier les gencives. D'abord on aperçoit que la saillie demi-circulaire, qui se trouve au-dessous du point où elles fixent les dents, présente une couleur blanchâtre remarquable, et un gonflement sensible : c'est surtout chez les gens du monde qui soignent leur bouche qu'on observe ce phénomène. Ensuite la partie de la gencive qui est au-dessus de ce demi-cercle devient rouge, et une ligne très-étroite d'un dépôt jaune, à grains épais, se remarque entre le bord de la gencive et la dent. Peu à peu toute la gencive se tuméfie, devient d'un rouge violacé, et le tartre augmente. L'haleine des malades a une odeur fétide, remarquable, et qu'on ne peut confondre avec aucune autre. Cet état des gencives, qui précède souvent la salivation, subsiste cependant quelquefois pendant toute la durée de l'usage du mercure ; il faut néanmoins se tenir sur ses gardes, suspendre le médicament ou diminuer sa dose, donner des laxatifs, comme l'eau de Sedlits, le petit-lait avec le sulfate de soude, ordonner un collutoire détersif d'eau d'orge et de miel rosat, ou mieux encore de créosote à la dose d'une à deux gouttes par once d'eau. Ce dernier moyen nettoie immédiatement les dents, enlève le tartre, et ramène les gencives à leur état naturel.

2° La salivation ou ptyalisme est la sécrétion immodérée de la salive. Il est bon de remarquer que les glandes salivaires ne sont pas seules affectées, et qu'en même temps les follicules de la membrane muqueuse de la bouche fournissent aussi une plus grande quantité de mucus ; d'où résulte l'aspect du fluide qui s'écoule. Une partie est claire et limpide ; l'autre est visqueuse et filante : la première appartient à la salive ; la seconde au mucus.

La salivation survient le plus fréquemment pendant l'emploi du mercure. Quelquefois cependant elle ne se manifeste qu'après la cessation de l'usage de ce médicament. Ainsi j'ai vu plusieurs malades en être attaqués un mois, un mois et demi après un traitement mercuriel. La cause du développement tardif de cette maladie est l'exposition au froid et à l'humidité. Tant que les individus font usage du mercure, ils pensent à se soigner ; mais dès qu'ils l'ont cessé, ils ne croient plus à

l'influence du médicament, et ils négligent toutes les précautions.

Il n'est pas possible de dire quelle dose de mercure occasionnera le ptyalisme. Cela varie en raison de l'idiosyncrasie, de la quantité des préparations mercurielles administrées à la fois, et des moyens prophylactiques que le médecin et le malade mettent en usage.

L'époque de son apparition est très-variable. Elle est ordinairement annoncée par l'état des gencives et des dents dont j'ai parlé plus haut. Souvent elle survient en même temps, et elle se manifeste subitement sans que rien ait pu la faire prévoir. On doit distinguer trois degrés. Dans le premier, la quantité de salive est plus abondante que dans l'état normal, et le malade se plaint d'en avoir constamment la bouche remplie, et d'être obligé de cracher fréquemment. Si on examine les parties, on trouve les gencives plus ou moins tuméfiées et blanchâtres, les dents recouvertes de tartre à leur union avec celles-ci, toute la membrane muqueuse buccale légèrement boursouflée et blanchâtre ; l'intérieur de la bouche plein de salive claire et limpide : l'haleine exhale une odeur forte. La maladie peut se borner là, si on suspend l'usage du mercure et si on a recours à des moyens thérapeutiques. Mais si on ne fait rien, et si on continue le traitement, le mal passe au deuxième degré. La même chose arrive quelquefois quoiqu'on emploie une médication convenable. Alors les gencives gonflent beaucoup ; leur tissu devient fongueux et saignant ; toute la membrane muqueuse buccale se tuméfie, prend une couleur rouge violacée, se moule sur les dents ; la langue s'enfle, la salive coule abondamment par la bouche qui reste béante, le malade est privé de sommeil parce que, s'il ferme la bouche, le liquide versé dans cette cavité se porte dans la gorge et occasionne la suffocation ; il éprouve des douleurs dans l'articulation temporo-maxillaire ; les glandes salivaires sont grosses et douloureuses. Il se forme alors dans quelques cas des ulcères sur la membrane muqueuse de la bouche. Si la maladie continue à faire des progrès, les caractères morbides prennent une marche affreuse : les individus ressentent de vives douleurs, les lèvres de la bouche sont tuméfiées et l'inférieure est tombante. La langue, qui a acquis un grand volume, sort de sa cavité naturelle et pend sur la lèvre : l'abondance de la salive est portée au point que plusieurs livres s'écoulent dans les vingt-quatre heures. La tuméfaction de la membrane muqueuse buccale s'étend à celle de l'arrière-gorge, et la gêne de la respiration peut arriver jusqu'à la suffocation. Les régions temporo-maxillaire et sous-maxillaire sont enflées et très-douloureuses à cause de l'inflammation des glandes salivaires. C'est dans ce troisième degré que l'on dit avoir vu les dents tomber et la mâchoire inférieure se nécroser. Aujourd'hui la salivation n'arrive jamais à ce degré : la thérapeutique l'arrête au deuxième. J'ai vu un grand nombre de salivations du premier degré : j'en ai vu quelques-unes du second, une entre autres qui dura six semaines, mais je n'en ai pas observé du troisième.

La marche offre beaucoup de variétés. Il en est de même de la durée. La constitution, la température, la quantité de mercure employée, et la médication, influent sur l'une et sur l'autre. On peut établir en règle générale que le premier degré dure pendant un ou deux septenaires, et le deuxième pendant trois ou quatre.

Le diagnostic est facile.

Le pronostic du premier degré n'est pas grave. Celui du second le devient parce qu'il fait craindre le troisième, qui présente un grand danger puisqu'il compromet les jours du malade.

Le traitement doit être distingué en prophylactique et en thérapeutique. Le premier consiste à donner le mercure à petites doses pour habituer peu à peu l'économie à son influence, et à augmenter progressivement les doses, à préserver le malade du froid et de l'humidité : le second consiste à suspendre l'usage du mercure, à donner des dérivatifs sur le tube intestinal, des toniques et des astringents à l'intérieur et des collutoires. J'administre l'eau de Sedlitz à la dose d'un ou deux verres tous les jours ; quelquefois des lavements purgatifs ; l'eau de veau ou de poulet. Les pastilles de soufre à la dose de 8 à 12 grains de soufre par jour. Les collutoires sont faits avec la décoction d'orge et le miel rosat à la dose de deux onces pour un litre ; dans quelques cas le miel rosat pur : et le collutoire créosoté. Je tiens le malade au lit, ou au moins dans un appartement très-chaud : je le couvre de flanelle. Ce traitement simple m'a toujours réussi assez promptement.

3° Les ulcères des membranes muqueuses buccale et linguale accompagnent la salivation ou leur gonflement. Ils dépendent du frottement des parties contre les dents : les collutoires astringents et les cautérisations les guérissent vite, surtout quand on cesse l'usage du mercure.

Les effets produits par l'usage du mercure longtemps continué sont les suivants. 1° Une légère tuméfaction de la membrane muqueuse buccale avec teinte rouge-violacé. 2° Un peu de dépôt entre les gencives et les dents. 3° Des ulcères à la membrane muqueuse buccale : ils correspondent aux dents saillantes, et coïncident avec les deux premiers accidents ; ils guérissent quand on suspend l'emploi du médicament. 4° Une teinte vert-grisâtre des dents. Je n'ai jamais observé les douleurs, ni les tremblements, ni la douleur noire des follicules de la peau existant avec sa teinte jaune, et indiqués par des écrivains.

Quoique je regarde le mercure comme le spécifique de la syphilis, parce que mon expérience me l'a prouvé, je dois, puisque je proclame ses avantages, faire connaître les circonstances où je

n'ai pas obtenu de lui tous les succès que j'espérais. Dans plusieurs cas de végétations, j'ai administré le mercure selon les règles que j'exposerai plus bas, et je les ai vues augmenter. Souvent cet accroissement n'a eu lieu que pendant les premiers jours, la maladie est devenue stationnaire et a disparu ; mais plusieurs fois il a continué et j'ai été forcé d'avoir recours aux cautérisations ou aux excisions. L'observation la plus remarquable que je possède à cet égard, est celle d'un jeune homme que j'ai traité à l'hôpital des vénériens. Il entra avec quelques végétations à la couronne du gland ; je le mis de suite au traitement mercuriel. Les végétations peu nombreuses et isolées augmentèrent en nombre, se réunirent, envahirent toute la circonférence de la couronne du gland, et acquirent la largeur du doigt. J'étais cependant certain que le malade prenait la préparation mercurielle. J'ai plusieurs fois retiré de l'usage longtemps prolongé du mercure de très-bons effets : dans ces cas je portais les doses au delà des règles ordinaires : mais d'autres fois quand les malades avaient absorbé une certaine quantité du médicament, il était sans action sur eux, et il fallait l'abandonner. Cette circonstance mérite toute l'attention du praticien, parce que si le malade s'ennuie de ne pas guérir, il va consulter un autre médecin qui fait cesser l'emploi du mercure, ordonne les sudorifiques et un régime de vie sévère. Le malade guérit pendant ce second traitement, et accuse l'homme de l'art, qui l'avait soigné d'abord de n'avoir pas su le traiter. Dans les cas de ce genre, il faut, dès qu'on remarque que le mercure n'a plus d'action sur l'économie, après que son usage a été longtemps continué, l'abandonner et administrer les sudorifiques. Il y a encore deux effets du mercure qui doivent fixer l'attention du praticien. 1° Il pousse, pour ainsi dire, au dehors le principe morbifique, et on voit survenir de nouvelles affections syphilitiques consécutives pendant que le malade en fait usage. Il suffit d'en être prévenu, pour ne pas imputer au remède ce qui est le résultat du mal. 2° Il est sans action contre la syphilis, lorsqu'il y a présence dans l'économie du virus syphilitique sans symptômes. Il n'est pas rare de rencontrer des individus qui ont eu dans leur jeunesse des maladies syphilitiques qu'ils ont mal soignées, et qui étant sur le point de se marier, craignent d'avoir des enfants mal-sains, et veulent faire un traitement antisyphilitique. Il faut les en détourner. Mon père a eu connaissance de plusieurs cas de ce genre où des traitements conseillés et faits avec toute l'exactitude possible n'avaient eu aucun succès. Je n'ai vu qu'un cas dans sa pratique. Un malade voulut, quoi que mon père lui ai dit, faire un traitement. Il y apporta tous les soins imaginables. Il se maria immédiatement après. Dans la première année il fut attaqué d'une syphilide tuberculeuse, pour laquelle il fut obligé de faire un nouveau traitement.

Le mercure doit être administré dans les maladies syphilitiques primitives, et dans les consécutives. Il est le seul moyen certain dans le premier cas de prévenir les secondes, et dans le deuxième cas, de procurer la guérison. Il y a cependant une maladie primitive, l'uréthrite et la vaginite, pour lesquelles les malades ne voudront pas prendre ce médicament : aussi voit-on ces affections, quand elles sont accompagnées de bubons, être suivies de l'apparition des symptômes de la syphilis consécutive.

Les préparations mercurielles que j'ai employées, sont : 1° L'onguent mercuriel ; 2° le deutochlorure de mercure ; 3° le proto-iodure de mercure.

Je me suis servi quelquefois du cinnabre, ou sulfure rouge de mercure, pour fumigations nasales, tantôt comme médicament approprié à une maladie connue, tantôt comme médicament propre à faire diagnostiquer plus sûrement la maladie. Je crois devoir rapporter une observation de ce dernier genre, qui est assez curieuse. Une femme, âgée de 32 ans, vint me consulter pour un polype et un écoulement de la fosse nasale droite, un gonflement du côté droit du nez, et une exophthalmie de l'œil droit. Elle me dit que déjà le polype avait été arraché plusieurs fois, mais que toujours il était revenu. Ayant examiné la narine, j'aperçus une tumeur qui avait l'aspect d'un polype vésiculaire. Cependant je doutais que ce fût uniquement un polype, parce que ceux de cette espèce ne déforment jamais les os du nez. Néanmoins je fis l'arrachement, et je trouvai que c'était une partie de la membrane muqueuse du nez épaissie, à surface lisse, et tenant à des portions d'os cariés, qui se détachaient en même temps. Je pensai que ce pouvait être un gonflement syphilitique de la membrane muqueuse du nez, qui recouvre les cornets : que dans les premières opérations, on avait arraché ceux-ci ; que les portions d'os qui étaient tombées étaient leurs restes, et que le gonflement des os du nez et l'exophthalmie étaient le résultat d'une exostose. Je fis en conséquence plusieurs questions à la malade, qui me répondit de suite et avec affectation, qu'elle savait ce que je voulais dire, que plusieurs fois on lui avait fait de pareilles demandes, et qu'elle n'était pas affectée de la maladie que je croyais reconnaître. Je jugeai d'après ces réponses, que je ne me trompais pas ; et que si j'ordonnais des préparations mercurielles à l'intérieur, elle ne les prendrait pas. Je prescrivis des fumigations de cinnabre dans la fosse nasale droite, à la dose de six grains pour chaque, et l'usage de la salsepareille. Au bout de quatre semaines, voyant une grande amélioration, mon diagnostic me parut confirmé, et j'ajoutai à ce traitement l'usage des pilules de Belloste. Un mois après, il n'y avait plus d'écoulement par le nez, ni de gonflement de la membrane pituitaire ; les os du nez étaient affaissés ; l'épi-

phora avait cessé, et l'œil était rentré en partie dans sa cavité. L'insomnie qui tourmentait la malade avait également diminué. Je n'ai plus revu cette femme. Dans d'autres cas où il y avait obstruction des voies nasales ou lacrymales, coexistant avec des affections syphilitiques consécutives, j'ai fait usage avec succès des fumigations de cinnabre à la même dose.

Je me suis servi également avec avantage du proto-chlorure de mercure en poudre, uni à celle de réglisse, pour les ulcères et le gonflement de la membrane pituitaire. Je mettais le quart, le tiers ou la moitié de proto-chlorure, selon l'intensité de la maladie, et je faisais prendre 4, 6, 8 prises par jour ou plus. J'ai obtenu également de bons résultats de son emploi, dans quelques cas d'ulcérations du col utérin coexistant avec des vaginites.

J'ai vu des praticiens retirer de bons effets du cyanure de mercure, dans des syphilis anciennes, pour lesquelles on avait déjà fait plusieurs traitements. Ils l'administraient à la dose de 1/8, 1/6, 1/4 de grain par jour, jusqu'à cessation complète de tous les symptômes.

§ 1.

Onguent mercuriel.

L'onguent mercuriel s'emploie en frictions. On l'administre à la dose d'un demi-gros ; au bout de quinze jours, à celle d'un gros, et ainsi de quinze en quinze jours, on augmente d'un demi-gros, jusqu'à deux gros ou deux gros et demi. Cette dernière dose de deux gros et demi me semble un peu forte pour une friction. Je crois qu'il y a beaucoup de médicament qui n'est pas absorbé, et qui par conséquent devient inutile. On pousse jusqu'à six onces au moins : je mène ordinairement les malades à huit onces : j'en ai employé jusqu'à douze et seize onces.

Avant de commencer le traitement, il faut prendre un bain pour nettoyer la peau, et la rendre plus propre à l'absorption. On rasera les parties, si elles sont couvertes de poils.

La friction doit être faite aux côtés internes des jambes et des cuisses, pendant dix minutes au moins, et vingt minutes au plus. On met un intervalle de deux jours entre chacune d'elles, et on la fait le troisième jour. Quand on a frotté successivement les deux jambes et les deux cuisses, on prend un bain. Il est bon de porter le même caleçon pendant les douze jours d'intervalle entre chaque bain, ou de se servir de bandes de flanelle, qu'on change à chaque bain. Le malade se frotte lui-même, ou se fait frictionner par une personne qui garnit ses doigts de baudruche. Pendant l'hiver, il faut se mettre devant le feu pour faire la friction. On doit avoir soin de ne pas frotter trop fort, parce qu'on irriterait la peau, et non-seulement on la rendrait impropre à recevoir l'onguent mercuriel, mais encore on occasionnerait un eczéma.

Cette méthode d'administrer le mercure me semble préférable à toute autre. Elle est la plus sûre, mais elle présente trois inconvénients qui empêchent de l'employer dans la généralité des cas, et qui obligent le chirurgien à la réserver pour les maladies graves et anciennes. Le premier est sa longueur : le second est sa malpropreté, et l'obligation de garder sur soi des linges sales ; le troisième est l'impossibilité presque complète de la faire en secret. Le premier inconvénient ne serait rien, si les deux autres n'existaient pas : car on voit souvent des malades faire durer aussi longtemps les traitements par les autres méthodes : mais ils sont inévitables.

Le gonflement de la membrane muqueuse buccale et ses ulcères sont assez fréquents dans ce mode de traitement : la salivation survient promptement quand on rapproche l'époque des frictions. Si l'on se sert d'onguent mercuriel rance, ou si on fait les frictions trop longues, il se développe sur les parties frottées une éruption vésiculeuse connue sous le nom d'eczéma mercuriel. Elle cesse avec des frictions, ou en renouvellant l'onguent.

Il est quelques malades qui ont besoin d'un traitement mercuriel par les frictions, parce qu'on ne peut employer aucune autre préparation de mercure, et qui ne peuvent supporter ce médicament qu'à très-petites doses. Il faut les habituer à son action en commençant par quinze, ou dix-huit grains et augmenter progressivement.

Quand on veut employer l'onguent mercuriel pour l'usage externe, on le mêle au cérat dans la proportion de moitié : il faut quelquefois que le mélange ne soit qu'au quart d'onguent.

Quand on applique l'onguent pur sur des ulcères syphilitiques, soit primitifs, soit consécutifs, on produit une irritation très-grande et de vives douleurs, qui forcent à suspendre l'usage des cérats et pommades mercurielles, et à les remplacer par le cérat opiacé.

§ 2.

Deutochlorure de mercure.

Le Deutochlorure de mercure peut s'employer à l'intérieur sous deux formes, en solution ou en pilules.

La solution, connue sous le nom de liqueur de Van Swieten, se donne le matin à jeun dans un verre de tisane, de lait ou d'eau sucrée, à la dose d'un quart de grain en commençant ; on augmente progressivement la dose jusqu'à un grain.

Les pilules se font ordinairement en unissant le deutochlorure à l'opium en proportion égale, et

en faisant le reste du volume de la pilule avec l'extrait de gayac. On commence par un sixième, un cinquième, ou un quatrième de grain, et on pousse jusqu'à un grain. J'ai suivi pendant longtemps cette formule; et j'ai souvent été obligé de la changer à cause des diarrhées abondantes qu'elle produisait, et de remplacer l'extrait de gayac par la poudre et le sirop de gomme : ce mode de préparation n'a pas eu les mêmes inconvénients. La dose de deutochlorure, quelle que soit la préparation employée, doit être de trente-six grains au moins. Je la porte ordinairement à quarante grains. Quelquefois, je l'ai poussée à cinquante, soixante et plus, et j'ai réussi sans accidents.

Ces deux méthodes d'administration du deutochlorure ont été très-préconisées, et elles sont aujourd'hui les deux moyens le plus fréquemment employés par les praticiens.

Elles sont préférées aux frictions parce qu'on peut les mettre en usage partout où on se trouve et en secret. Elles ont quelques inconvénients dont les uns leur sont communs avec toutes les préparations mercurielles et les autres leur sont particuliers. Les premiers sont le gonflement et les ulcères de la membrane muqueuse buccale, le dépôt de tartre sur les dents plus fréquent que dans le traitement par l'onguent mercuriel, la salivation et la diarrhée. La diminution des doses du médicament, ou la suspension de son emploi les font disparaître.

La salivation survient moins vite que dans le traitement par l'onguent mercuriel. Les bons effets que j'avais retirés du soufre pour la combattre m'ont engagé à faire un essai auquel m'avait conduit aussi l'opinion généralement admise qu'un traitement antisyphilitique ne doit durer que six semaines. Je vais dire en quoi il consiste sans me prononcer, parce que le temps depuis lequel je le fais n'est pas assez long, ni les résultats assez nombreux et assez exacts. Je fais prendre par jour trois pilules, chacune d'un tiers de grain de deutochlorure avec dose égale ou moindre d'opium. Une le matin, une à midi, une le soir. Entre celles du matin et de midi le malade prend trois grains de soufre en pastilles; entre celles de midi et du soir, également trois grains de soufre. Quelques individus ont pris ainsi quarante grains sans le moindre accident du côté de la bouche ou des intestins; d'autres ont eu des diarrhées. Celle-ci, qui est souvent le résultat de l'emploi du deutochlorure, est accompagnée de coliques généralement peu fortes, mais constantes. Je l'ai observée portée à un tel point que le malade ne rendait que des matières muqueuses qui coulaient involontairement. Quelques boissons astringentes, des lavements opiacés, et la cessation momentanée du traitement l'arrêtaient. Lorsque le malade reprenait le deutochlorure, je remplaçais l'extrait de gaïac par la gomme, et la diarrhée ne revenait pas.

Les inconvénients de la solution sont : 1° le goût désagréable et métallique qu'elle laisse dans la bouche; 2° son action sur l'estomac qui ne peut la supporter chez quelques personnes, surtout chez les femmes, d'où résultent les vomissements, et les douleurs à la région épigastrique.

Les inconvénients des pilules sont, 1° de faire naître des vomissements, 2° de se durcir, au point que les malades les rendent comme ils les ont avalées et de se décomposer au bout de six semaines ou deux mois.

Le traitement par le deutochlorure est long, surtout quand les individus ne peuvent pas le supporter à dose un peu élevée. Mais on peut admettre comme terme moyen deux mois. J'ai soigné quelques malades qui étaient obligés d'aller dans le monde, et de ne pas se priver d'aliments excitants, comme café, liqueurs et vins, et qui ont très-bien guéri en le suivant, mais en le prolongeant pendant trois ou quatre mois.

La solution de deutochlorure de mercure a un double avantage dans les maladies syphilitiques consécutives de la bouche et du voile du palais. Elle peut servir à la fois et de topique, et de médicament général. Dans les cas de cette nature, j'engage les malades à faire usage de la solution jusqu'à l'amélioration de l'affection locale et ensuite je donne les pilules.

Le deutochlorure de mercure en solution est employé pour collutoires, gargarismes et injections à la dose de deux grains par once. Il faut être réservé pour les deux premiers médicaments dans la crainte que les malades ne les avalent. Je me suis servi plusieurs fois avec un plein succès des injections avec cette solution pour arrêter des vaginites chroniques. Agissaient-elles comme antisyphilitiques, ou comme excitantes?

§ 3.

Proto-iodure de mercure.

Le proto-iodure de mercure se donne en pilules à la dose de un quart de grain à un demi grain ou un grain par jour. Je porte la dose à un gros et demi ou deux gros. Je fais les pilules avec des substances inertes : quelquefois je lui ai joint l'opium.

Il a un grand avantage et de graves inconvénients. Son grand avantage est de guérir les maladies syphilitiques consécutives de la peau, comme par enchantement. J'ai vu maintes et maintes fois des syphilides tuberculeuses arrondies ou plates, et des syphilides ulcéreuses serpigineuses disparaître en trois semaines ou un mois. Les inconvénients sont au nombre de trois. Le premier, sur lequel je ne saurais trop appeler l'attention est l'infidélité du médicament à moins qu'on ne l'ait porté à la dose énorme que j'ai indiquée. Or les malades ne veulent s'y soumettre que rarement, à cause de la rapidité avec laquelle ils voient dis-

paraître les symptômes. Cependant le traitement doit être très-long, parce qu'on ne peut donner le proto-iodure qu'à petites doses : autrement il fait naître de suite le second inconvénient que je veux signaler, c'est la salivation. Des quatre préparation mercurielles que j'ai expérimentées, c'est celle qui occasionne le plus promptement cet accident ; je l'ai fréquemment vue paraître au sixième ou huitième jour, lorsque je l'administrais à un grain par jour : aussi à présent, je n'arrive que progressivement à cette dose. Le troisième inconvénient est de produire de vives douleurs de tête : elles appartiennent certainement à son usage, car elles persistent tant qu'on s'en sert, et cessent lorsqu'on le suspend. Je le préscris néanmoins dans les cas de syphilides ulcéreuses serpigineuses très-étendues et marchant rapidement, afin de les arrêter.

On emploie le proto-iodure pour l'usage externe sous forme de pommade faite avec l'axonge ou le miel, à la dose d'une once pour dix-huit ou vingt grains de proto-iodure.

En résumant ce que j'ai dit sur les quatre préparations mercurielles dont je viens de parler, je tirerai les conclusions suivantes.

1° L'onguent mercuriel est la meilleure : à cause de ses inconvénients, on doit en restreindre l'usage aux affections consécutives anciennes et invétérées.

2° Le deutochlorure en pilules doit être préféré : on l'administrera à petites doses que l'on augmentera progressivement.

3° Le deutochlorure en solution et le proto-iodure seront réservés pour les cas particuliers.

Je terminerai en faisant observer qu'on a recommandé de joindre aux sels mercuriels l'opium pour calmer les douleurs syphilitiques, et faire cesser les insomnies. J'ai voulu m'assurer de la validité de ce précepte, et j'ai dans un grand nombre de cas administré par comparaison le mercure sans opium. J'ai obtenu les mêmes résultats. Si j'ai continué à l'employer, c'est pour prévenir la diarrhée.

On a donné au mercure un grand nombre de succédanés, je n'en ai étudié que deux : la salsepareille et la tisane de Feltz. J'ai dit que j'avais retranché l'extrait de gayac des pilules de deutochlorure parce qu'il occasionnait la diarrhée. J'y ai tout à fait renoncé aujourd'hui.

CHAPITRE II.

DE LA SALSEPAREILLE.

—

Je donne ordinairement la salsepareille en même temps que le mercure. Quelquefois dans les maladies consécutives je l'emploie seule, si les malades ont déjà fait un grand usage des préparations mercurielles. Je varie mes doses. Dans le premier cas, je fais bouillir une demi-once dans une pinte et demie d'eau (trois livres environ) qu'on réduit à une pinte. Dans le second cas, je mets une once de salsepareille. J'ai quelquefois, mais rarement, fait une tisane très-concentrée avec une once dans une pinte d'eau réduite à moitié. Tantôt j'administre cette décoction seule : tantôt je l'unis au sirop sudorifique. J'ai obtenu de bons résultats de l'usage de la salsepareille : j'ai vu la décoction concentrée agir avec tant de force que les malades ne pouvaient la supporter et que j'etais obligé de diminuer la dose.

CHAPITRE III.

DE LA TISANE DE FELTZ.

—

La tisane de Feltz est un de ces remèdes empiriques dont on vérifie les effets, sans pouvoir se rendre compte du mode d'action. Est-ce la salsepareille, est-ce le sulfure d'antimoine, est-ce l'arsenic, qu'on dit se trouver en très-petite proportion dans le sulfure, est-ce le régime qui agit ? je l'ignore complétement. Le fait est que ce médicament produit des effets merveilleux dans des cas désespérés, et où tous les remèdes avaient échoué. J'en ai vu des exemples : j'en ai cité. Il convient dans les syphilis anciennes et invétérées, surtout quand on a déjà fait grand usage du mercure.

Mon père avait reçu de la veuve du fils de Feltz la formule de la tisane et la manière de l'administrer. Je vais la transcrire telle qu'il me l'a laissée écrite par lui-même.

Prenez : Salsepareille coupée. . ℥ iij
Colle de poisson battue et effeuilletée. . . . ℥ ß ℈ij
Antimoine cru en poudre renfermé dans un nouet. ℥ iv

Mettez le tout dans un pot de terre vernissé. Le nouet doit y être suspendu de manière qu'il ne touche pas au fond du vase.

On versera d'abord trois livres d'eau par-dessus le tout : ensuite on plongera une petite baguette de bois jusqu'au fond du vase, afin de mesurer la hauteur de l'eau, et à cet endroit même on fera une coche à la baguette : cette marque servira à la fin de la cuisson à s'assurer si la tisane est réduite suffisamment. Enfin on versera trois autres livres d'eau par-dessus : on couvrira

le pot de son couvercle, et on le placera près d'un petit feu, pour le faire bouillir très-lentement ; sans cette précaution une grande partie de la décoction se perdrait dans le feu. Il est aussi très-important de surveiller le pot, surtout au moment de la première ébullition où l'eau monte avec beaucoup de rapidité.

La tisane doit être réduite à moitié, ce dont on s'assure par le moyen de la coche faite à la baguette. Cette opération dure à peu près une dizaine d'heures. On laissera le pot sur la cendre chaude jusqu'au lendemain matin. On passera la tisane tout doucement à travers un linge, et on la mettra en bouteilles que l'on placera à la cave en été. En hiver on mettra les bouteilles dans un endroit tempéré pour éviter la congélation.

Ces trois livres de tisane forment six doses, et serviront pour deux jours. On aura pour cet effet un verre qui contienne une demi-livre.

On en prendra une dose à sept heures du matin, à jeun et à froid.

A onze heures, on dînera de la manière indiquée ci-après.

A deux heures, on prendra une seconde dose.

A six heures du soir, le souper de même que le dîner.

A neuf heures du soir, on prendra la troisième et dernière dose.

Ces deux repas du jour consistent en un pot au feu fait avec deux tiers de bœuf et un tiers de veau, que l'on fera bouillir avec suffisante quantité d'eau, sans sel, sans aucun assaisonnement quelconque et sans légumes. On fera avec le bouillon une soupe au pain, et on mangera le bœuf et le veau bouillis. Pour dessert des pruneaux cuits à l'eau sans sucre.

On ne prendra rien entre les repas.

Après chaque dose de tisane, on se promènera pendant une demi-heure soit dans sa maison soit au dehors, si le temps est favorable.

On continue ce traitement pendant vingt-quatre, trente ou quarante jours, suivant ses effets.

Mon père faisait suivre exactement cette recette, sans s'inquiéter de ce qu'elle pouvait contenir de ridicule. Elle lui a souvent réussi. J'ai remarqué que ses succès étaient plus prompts et plus réels quand les malades suivaient le régime. A l'hôpital des vénériens, il y avait le régime sans sel pour les malades traités par la tisane de Feltz : les résultats étaient heureux. A la maison royale de santé, j'ai vu des malades la prendre sans suivre le régime ; les avantages n'ont pas été les mêmes.

—

CHAPITRE IV.

DES BAINS.

—

Les bains simples et ceux de vapeurs sont des auxiliaires très-utiles dans le traitement de la syphilis primitive et consécutive. Les premiers accélèrent la guérison des maladies de la peau : les seconds celle des maladies des articulations et des os. Il faut les donner tous les deux jours, à moins de circonstances particulières qui les contre indiquent ou qui en exigent de journaliers. C'est au médecin à en juger.

—

Je finirai ce que j'ai à dire sur le traitement de la syphilis en général par quelques remarques sur l'habitation, les vêtements et le régime.

Le malade doit occuper un appartement chaud, d'une température égale plutôt élevée que tempérée, surtout quand il fait usage du mercure. Il doit porter de la flanelle sur la peau, et des vêtements de laine même en été. Il doit garder la chambre, et rester au lit très-longtemps. Il évitera les fatigues de corps et d'esprit. Il mangera peu et se privera de tout aliment et de toute boisson excitants, et trop nourrissants. Ceux qui suivent ces préceptes guérissent promptement et sûrement ; ceux qui les négligent voient leurs maladies passer à l'état chronique, et devenir presque incurables.

SYPHILIS PRIMITIVE.

—

CHAPITRE I.

TRAITEMENT DU BUBON.

—

Le traitement du bubon doit être considéré dans les trois espèces ; on ne peut donner à son égard de règles générales. Le repos est le seul moyen thérapeutique dont l'application soit commune.

Dans le bubon de la première espèce, il faut couvrir la tumeur de cataplasmes émollients, mis à nu, et faire prendre au malade de grands bains. Dès que l'engorgement a diminué, on remplace les cataplasmes par des emplâtres de Vigo cum mercurio. Quelquefois ce bubon ayant acquis un certain volume conserve une grande dureté, qui est plus résistante que celle des tumeurs squirrheuses les plus dures. Il faut alors avoir recours aux frictions avec la pommade d'ydriodate de potasse, ou l'onguent mercuriel, comme fondant, ou toute autre pommade de même nature, et appliquer par dessus le cataplasme émollient ou résolutif. On

peut aussi exercer avec avantage la compression dont on augmente progressivement le degré de force. Les vésicatoires volants sont avantageux dans les cas de cette espèce. Je n'ai pas remarqué que les applications de sangsues eussent de bons résultats dans les bubons.

Dans le bubon de la deuxième espèce, l'application des cataplasmes doit être faite dès les premiers jours, celle des sangsues est au moins inutile : souvent je l'ai vue être nuisible, et augmenter l'inflammation de la peau, ce que l'on doit le plus éviter pour ramener le bubon à la première espèce. Les bains sont très-bons pour remplir ce but. Lorsque malgré toutes les précautions, la suppuration survient, il faut temporiser pour lui donner issue. J'ai dit que dans cette sorte de bubon, elle était fournie par le tissu cellulaire qui se trouve entre la peau et le ganglion, et par ce dernier : néanmoins quoiqu'il y ait du pus phlegmoneux, on voit souvent sa résorption ; et si elle n'a pas lieu et qu'on n'ouvre pas la tumeur, il arrive une époque où ce pus, se mêlant avec celui du ganglion, est résorbé en même temps. L'exemple le plus remarquable de ce genre que j'ai observé est le suivant. Un homme entra à l'hôpital des vénériens pour deux bubons suppurés. Les deux tumeurs étaient plates et plus larges qu'une pièce de cinq francs ; la peau qui les recouvrait était de couleur brune, mais assez épaisse ; la fluctuation était très-sensible. Je fis mettre le malade au lit; je lui recommandai le repos le plus parfait : je couvris un des bubons de cataplasmes : je fis à l'autre une ponction avec une lancette : il sortit de la sérosité mêlée d'un peu de pus. Une petite mèche fut introduite dans la piqûre de la peau. Le quatrième jour je fis exercer une compression méthodique. Au bout de huit jours les deux bubons avaient disparu complétement. Dans un grand nombre d'autres cas moins saillants que celui-ci et isolés, j'ai observé que la ponction du bubon ne guérissait pas plus vite la maladie que l'application des cataplasmes émollients. Cependant quand la peau est rouge et sensible, je crois convenable d'ouvrir la tumeur, parce que cette pratique n'a aucun inconvénient, et que la pratique contraire pourrait en avoir. Je fais en conséquence une ponction avec la pointe de la lancette. Je la prends de la main droite ; j'applique le pouce et le doigt indicateur de chaque côté de la lame au point où je veux que l'instrument ne pénètre plus, et je l'enfonce en faisant l'incision parallèle au pli de la cuisse. Je presse la tumeur, je la vide de tout le pus qu'elle contient, et je mets dans l'ouverture une petite mèche de charpie. La direction que je donne à l'incision, a pour but de la rendre moins apparente et plus facile à se fermer. Si on la faisait perpendiculaire au pli de la cuisse, ses lèvres s'écarteraient. Elle se fermerait moins aisément et sa cicatrice serait un peu plus visible. La mèche de charpie est mise dans l'incision pour l'empêcher de se fermer trop tôt, et permettre la sortie du pus qui est resté ou qui se formera. Comme je l'ai déjà fait observer plus haut, après la sortie d'une petite quantité de pus phlegmoneux, c'est de la sérosité qui s'écoule par la ponction. Cette sérosité est ordinairement pure le quatrième ou le cinquième jour au plus tard, et c'est alors qu'il faut avoir recours à la compression. Jusqu'à cette époque on continue les cataplasmes émollients. Mais alors on applique sur la tumeur un emplâtre de Vigo cum mercurio percé dans son milieu d'une petite ouverture qui correspond à l'incision de la peau, et l'on met par-dessus de la charpie, en exerçant la compression de la circonférence au centre : on maintient par des compresses et un spica. On renouvelle l'appareil au bout de deux jours ; quelquefois on trouve la guérison complète; le plus souvent il faut réappliquer le bandage. Quand l'incision est perpendiculaire au pli de la cuisse, la guérison est plus longue. Il reste ordinairement un engorgement assez considérable du ganglion que l'on combat par les mêmes moyens thérapeutiques que dans la première espèce. Il est en raison inverse du temps que l'on a attendu pour ouvrir la tumeur ; si on a été longtemps avant de s'y décider, le ganglion est fondu entièrement ou presque entièrement, et il ne reste aucun engorgement; si on s'est décidé promptement, il est presque aussi considérable qu'avant la formation du pus. Il faut alors avoir recours aux moyens indiqués pour la première espèce. La conduite serait la même si l'engorgement était très-considérable et très-dur. Ce sont les bubons de cette espèce dans lesquels la peau a conservé une très-grande épaisseur, ou qui sont très-profonds, qui ont fait penser à quelques chirurgiens qu'il y avait des bubons sous-aponévrotiques. Ce que j'ai dit de ces bubons s'applique principalement aux bubons inguinaux, parce qu'on ne les observe que dans cette région du corps.

Les bubons de la troisième espèce sont des phlegmons qu'il faut ouvrir de bonne heure pour éviter le décollement de la peau qui a lieu promptement. On fait l'incision parallèle au pli de la cuisse. On ne saurait la pratiquer trop tôt, non pas qu'on doive espérer une guérison plus rapide, mais pour éviter des excisions qui rendraient la cicatrice plus apparente. J'ai fait fréquemment des incisions pour des bubons récents ; j'ai chaque fois espéré avoir une cicatrisation prompte , et chaque fois j'ai vu qu'elle était aussi longue que si j'avais attendu que le pus fût formé dans toute la tumeur, comme on le pratique pour les abcès. J'ai cru qu'en faisant des essais, et ouvrant la tumeur à des époques variées, j'arriverai à un résultat plus heureux ; j'ai toujours été trompé dans mon attente. Toujours la guérison a été longue, et quand j'ai tardé, toujours il y a eu des décollements de peau et souvent sa gangrène.

Les bords de l'incision faite de bonne heure

sont écartés, rouges, tuméfiés : ils se renversent soit en dehors, soit en dedans; et fréquemment après être restés quelque temps en cet état, ils se rapprochent et se cicatrisent rapidement. Quand la peau est décollée dans toute l'étendue de la tumeur, et que l'abcès n'est pas ouvert, il faut après avoir pratiqué l'incision, faire de suite l'excision des portions de peau décollée : on attendrait en vain leur adhérence aux parties sous-jacentes. Souvent elles tombent en gangrène : ce qui ne dispense pas de l'excision. Quand l'abcès a été négligé, et qu'on ne l'a pas ouvert, une portion de peau se gangrène, le pus sort par cette ouverture, et successivement toute la peau est gangrénée. Il faut encore dans ce cas exciser les bords de l'ulcère. Le repos, très-nécessaire pour prévenir la formation du pus dans les bubons de cette espèce, l'est aussi pour obtenir leur cicatrisation. Cependant j'en ai vu plusieurs guérir, quoique les malades aient continué de marcher. Le premier exemple de ce genre que j'ai observé, est celui d'un jeune porteur d'eau, qui ne voulut jamais entrer à l'hôpital des vénériens, et qui continua de travailler, quoique je lui eusse assuré que jamais il ne guérirait. Il mettait un cataplasme la nuit, et le jour un emplâtre de Vigo. Son bubon fut ouvert : il fit le même traitement pendant deux mois, au bout desquels la cicatrisation était parfaite.

Depuis, je me suis servi du même traitement avec succès dans un grand nombre de cas. Je ne le donne pas cependant comme rationnel. On ne doit l'employer que si les malades ne veulent pas se soumettre au traitement que j'ai indiqué. Il arrive quelquefois que les bubons ulcérés ne veulent pas se guérir, quels que soient les moyens que l'on emploie; et ce n'est qu'après cinq ou six mois de traitements variés, que l'on obtient leur cicatrisation. Dans un cas de ce genre, chez une femme qui était déjà en traitement depuis deux mois, et chez qui j'avais mis en usage successivement, l'excision et la cautérisation des bords de l'ulcère, la pommade de proto-iodure de mercure, d'hydriodate de potasse, le cérat mercuriel, pendant l'espace de deux mois, j'ai eu recours avec le plus grand succès, au moyen proposé par M. Stafford, pour la guérison des ulcères. Il consiste à faire un mélange de quatre parties de cire et une partie de térébenthine de Venise, que l'on fait fondre et que l'on verse dans la plaie, lorsqu'il est encore liquide, en ayant soin de la remplir exactement. La malade fut complétement guérie en six jours. J'ai essayé le même moyen dans d'autres circonstances analogues, tantôt avec succès, tantôt sans aucun succès : le temps seul a fait cicatriser la plaie. Dans d'autres cas, heureusement très-rares, car ils sont excessivement graves, le bubon ulcéré, au lieu de se resserrer, s'étend, gagne de proche en proche, et l'ulcération finit par acquérir une grande diminution. J'ai vu deux cas de ce genre très-remarquables chez des jeunes gens. L'un d'eux avait un bubon ulcéré dans l'aine droite : il gagna toute la longueur du pli de la cuisse, la partie inférieure de l'abdomen et la supérieure de la cuisse. Je mis en usage toutes sortes de médicaments, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, et l'ulcère resta stationnaire. Le malade étant allé dans son pays pour tirer à la conscription, la guérison s'opéra pendant son voyage. Le second malade entra à l'hôpital des vénériens pour deux bubons ulcérés, avec décollement de la peau. L'indication thérapeutique était précise; il fallait exciser les portions de peau décollées : et je le fis de suite. Les plaies parurent diminuer pendant quelque temps : mais ensuite elles restèrent stationnaires, puis se couvrirent de bourgeons charnus, gros, isolés, violacés, que rien ne put faire changer d'aspect, et enfin elles s'agrandirent au point d'envahir une partie de l'abdomen, des cuisses et des fesses. J'employai les mercuriaux, les toniques et les astringents à l'intérieur et à l'extérieur; rien n'améliora la position du malade. Lorsque j'ai quitté l'hôpital des vénériens, il passa dans les salles de M. Cullerier. Il était entré vers le milieu de l'année 1833, il est sorti de l'hôpital à la fin du mois d'août 1835. M. Cullerier mit comme moi tous les moyens thérapeutiques à contribution, et il n'a obtenu de bons effets que de la solution d'opium. Le malade est parti sans être complétement guéri. Ces deux observations sont les plus remarquables que j'aie faites : j'ai souvent observé des bubons ulcérés qui avaient une grande tendance à s'étendre, mais jamais je ne les ai vus faire tant de ravages : j'ai toujours pu les arrêter au moyen des cautérisations, des topiques mercuriels, et de l'usage du mercure à l'intérieur. J'ai cru l'emploi de ce dernier médicament convenable à cause de la ressemblance qui existe entre ces ulcères et une des espèces de la syphilide ulcéreuse serpigineuse.

Je terminerai ce que j'ai à dire sur le traitement du bubon par deux remarques de pratique sur les sangsues et les vésicatoires.

Les sangsues sont employées très-communément pour arrêter l'inflammation des ganglions lymphatiques. Elles sont inutiles dans les bubons de la première et de la deuxième espèce. Elles peuvent être avantageuses dans ceux de la troisième espèce à cause de l'inflammation du tissu cellulaire. Cependant je les ai vues très-souvent ne produire aucune amélioration. Fréquemment même elles ne calment ni la douleur ni l'inflammation. Cette raison d'inutilité aurait suffi seule pour me les faire rejeter, mais il y en a une autre qui m'engage à les proscrire totalement, c'est que les piqûres dégénèrent si souvent en ulcères qu'il ne s'est peut-être pas passé un mois, sans que j'en aie vu, depuis que je m'occupe beaucoup de maladies syphilitiques. Les ulcères ont constamment de la tendance à s'étendre, toujours ils sont plus grands que la piqûre de la sangsue, toujours ils

se confondent par leurs bords voisins quand ils sont un peu rapprochés. Je pense donc qu'on ne doit jamais appliquer de sangsues ; dans un temps je m'en servais, je n'ai jamais eu à m'en louer, et souvent je m'en suis repenti.

Les vésicatoires ont été très-vantés dans ces dernières années pour guérir les bubons, et l'on a avancé qu'on en retirait de bons effets dans toutes les espèces. Je les ai vus employer un grand nombre de fois. J'ai remarqué que dans les bubons de la première espèce, ils n'avaient aucun avantage. Dans ceux de la deuxième, ils accélèrent la résorption du pus quand il est formé, et quand il ne l'est pas, ils n'empêchent pas sa formation. Dans ceux de la troisième, ils n'ont aucun effet favorable ; souvent ils aggravent la maladie. Les applications caustiques que l'on fait après la levée du vésicatoire occasionnent souvent de petites eschares et l'ouverture du bubon. L'on a pensé que cette méthode empêchait la suppuration ; cette opinion n'est pas exacte : elle vient de ce que le plus grand nombre des bubons appartient à la deuxième espèce ; or, dans ces cas, soit qu'on emploie des médicaments, soit qu'on ne s'en serve pas, la résorption a lieu fréquemment.

J'ajouterai enfin que les sangsues, les vésicatoires, les grandes incisions ont l'inconvénient de laisser des traces ; ce qu'on doit éviter autant que possible, à cause du malade. Cette observation s'applique aux caustiques, que j'ai vu mettre en usage, mais que je n'ai jamais employés, parce qu'ils sont entièrement inutiles dans tous les cas, et qu'ils produisent des cicatrices très-difformes.

CHAPITRE II.

TRAITEMENT DE L'URÉTHRITE.

Le traitement de l'uréthrite est en général très-simple. L'usage de boissons adoucissantes, comme la tisane de chiendent et de graine de lin, le lin émulsionné, le sirop d'orgeat, les bains locaux émollients répétés plusieurs fois dans le jour, les grands bains deux ou trois fois par semaine, la privation d'aliments et de boissons excitants, et le repos suffisent pour la guérir. Mais les malades ne veulent ordinairement ni se soumettre à un régime assez sévère pour une maladie, qui offre plus de désagrément que de gravité, ni changer leurs habitudes, ce qui pourrait faire soupçonner l'existence d'une affection qu'on désire cacher. Aussi l'uréthrite, au lieu de durer quatre à six semaines, se prolonge pendant des mois et des années, et passe à un état de chronicité, qui la rend très-difficile à guérir. Quand elle est intense, une saignée du bras, ou quelques sangsues à l'anus, apportent de la diminution dans les symptômes.

L'uréthrite peut se guérir complétement par l'emploi des moyens que je viens d'indiquer sans avoir recours, vers la fin de la maladie, aux injections astringentes, ou aux médicaments balsamiques astringents ou excitants. Mais les malades, impatients d'être débarrassés, tourmentent pour qu'on supprime l'écoulement, et il faut les satisfaire. Plusieurs moyens peuvent être mis en usage. Celui que je préfère est l'injection dans l'urèthre d'une solution plus ou moins concentrée d'acétate de plomb. On la répète trois fois par jour. Quand on en fait usage dans le temps convenable, c'est-à-dire, lorsque l'écoulement est tout à fait blanc, elle l'arrête en quatre à huit jours. Si on s'en sert avant cette époque elle est le plus souvent sans action. Le copahu est un médicament fréquemment employé en potion, en lavement, en bols et en capsules. Il n'est pas spécifique, comme on l'a cru. Il a le grand inconvénient quand on le prend en potion, d'être nauséabond et de provoquer le vomissement. Pour en obtenir de bons effets, il faut le porter au moins à la dose d'une demi-once par jour : on peut en donner une once sans inconvénient. J'ai vu plusieurs fois des malades, surtout à l'hôpital des vénériens, prendre en un jour une potion dans laquelle entrait le baume de copahu à la dose de deux onces, et qu'ils devaient boire en deux jours. Ils se sont donné une diarrhée abondante qui a été arrêtée promptement et qui a supprimé l'écoulement. Le poivre cubèbe a été regardé aussi comme un spécifique de l'uréthrite : il est loin de mériter cette réputation ; et ses qualités sont inférieures à celles du copahu.

Un grand nombre d'opiats et de potions astringentes ont été préconisés contre l'uréthrite : ils contiennent tous du copahu et des substances astringentes. J'évite, autant que possible, l'emploi de tous ces moyens, et je laisse les uréthrites se terminer d'elles-mêmes ; cette méthode, que j'emploie depuis plusieurs années et à laquelle j'ai beaucoup de peine à décider les malades, m'a paru constamment préférable aux autres. J'ai vu plusieurs fois l'emploi des astringents occasionner l'inflammation du testicule. L'on a conseillé d'arrêter immédiatement l'uréthrite soit en donnant des astringents à l'intérieur, soit en faisant des injections astringentes. Cette méthode est très-mauvaise : elle suspend l'écoulement, il est vrai, mais il revient dès que le malade fait le moindre excès, et quelquefois dès qu'il voit une femme. Les personnes traitées ainsi par les injections astringentes sont plus sujettes que les autres aux rétrécissements de l'urèthre.

Lorsque l'uréthrite est très-intense et qu'il s'écoule du sang par la verge, j'ai recours aux saignées, aux sangsues et surtout aux bains locaux et généraux fréquemment répétés. Je fais mettre

les sangsues à l'anus : le dégorgement est plus rapide.

Si le malade a des érections, je lui donne des pilules de camphre et acétate de plomb, un grain de chacun et opium un demi-grain. Je double ou triple au bout de quelques jours, si c'est nécessaire. Ces pilules occasionnent une constipation opiniâtre, que je combats par les lavements ou les boissons laxatives et purgatives.

Quand l'uréthrite devient chronique, elle offre plus ou moins de difficultés à la guérison en raison de son ancienneté et du mode de traitement. Elle est souvent accompagnée d'un commencement de rétrécissement du canal et d'altération dans le volume et la force du jet de l'urine. Plus l'uréthrite est ancienne, plus on a de peine à la supprimer. L'introduction d'une bougie laissée deux ou trois minutes dans l'urèthre est une bonne méthode. On renouvelle cette introduction une fois par jour. Un séjour plus prolongé ne produit pas un effet si favorable. On continue pendant trois ou quatre jours ; si on n'obtient pas l'effet désiré, il faut avoir recours à d'autres moyens locaux, tels que les injections avec différents liquides irritants et astringents ; l'eau et le vin, l'eau et l'alcool, la solution de sulfate de zinc à la dose de deux grains par once de liquide : la solution de nitrate d'argent à la dose de un sixième ou un huitième de grain par once de liquide. J'ai souvent réussi à arrêter par ces moyens des urétrhites qui avaient résisté à tous les autres. Le mode d'action des bougies et celui des injections irritantes est différent. Les premières rendent à l'urèthre son diamètre qui est diminué : les secondes rendent à la membrane du canal la tonicité qu'elle a perdue. Aussi ne faut-il pas les employer indifféremment. On doit toujours commencer par sonder le canal avec une bougie assez volumineuse. Si elle pénètre aisément, on a de suite recours aux injections. Si elle éprouve quelque obstacle, on revient à son usage. Si on ne peut faire entrer une grosse bougie, on en introduit une petite, et on augmente progressivement son diamètre. La maladie est un rétrécissement de l'urèthre qui commence et qu'il faut prévenir.

Il arrive quelquefois qu'après avoir convenablement traité une uréthrite, et même après avoir fait des injections, il reste un écoulement blanc, quoiqu'il n'y ait pas de rétrécissement. Il sort une ou deux fois dans la journée, et surtout le matin une goutte de mucus. Il faut alors remettre les malades à leur genre de vie ordinaire, sans s'inquiéter de l'écoulement, et tout au plus faire laver le périnée avec de l'eau froide. Au bout de quelques jours, tout disparaît. Cette goutte blanche, muqueuse, presque incolore, sera aisément distinguée de la goutte blanche opaque et consistante qu'on observe souvent après les injections avec l'acétate de plomb.

—

CHAPITRE III.

TRAITEMENT DE LA VAGINITE.

—

Le traitement de la vaginite est aussi simple que celui de l'uréthrite, quand les malades veulent se soigner convenablement. Les boissons émollientes et adoucissantes, les bains de siége, les grands bains, les lotions émollientes souvent répétées, les lavements, le repos, et une alimentation douce suffisent pour la guérir complétement dans l'espace de quatre à six septenaires : j'en ai même vu qui ont été complétement guéries en l'espace de trois semaines, ce que j'ai aussi observé pour l'uréthrite. Mais ces cas sont rares parce que les malades ne veulent pas se soumettre à un régime assez sévère. On pourrait croire que les vaginites qui sont promptement terminées ne sont pas syphilitiques, tandis que celles qui persistent longtemps, ont ce caractère ; ce serait, je pense, une erreur. J'ai connaissance de plusieurs exemples qui pourraient démontrer positivement ce que j'avance. Cependant comme il faut être très-réservé quand on cite des observations de syphilis, à cause de la mauvaise foi que les malades apportent en général dans leurs récits, je me contenterai d'un seul exemple très-authentique. Une femme dont le mari avait des maîtresses, n'avait jamais eu de fleurs blanches, et jouissait constamment d'une bonne santé sous tous les rapports. Elle fut prise tout à coup de douleurs à la vulve en urinant, de rougeur et de sécheresse très-incommodes à cette partie. Cet état dura trois jours, au bout desquels elle s'aperçut d'un écoulement. Il survint alors de la douleur dans les aines, et un léger gonflement de deux ou trois ganglions de chaque côté. Elle me consulta : elle suivit le traitement que j'ai indiqué plus haut : elle appliqua des cataplasmes sur les aines, et en trois semaines elle fut tout à fait débarrassée. Je lui avais conseillé de tâcher de voir si son mari avait un écoulement par le pénis ; elle le rechercha et s'assura qu'il en avait un, et qu'il se traitait secrètement. Je n'avais pas alors acquis les données diagnostiques sur les engorgements des ganglions lymphatiques, que j'ai exposées dans la première partie ; je dis donc à la malade que je pensais que cet écoulement n'aurait aucunes suites. Quinze mois après, il se développa sur le nez de cette dame une syphilide ulcéreuse, qui ne céda qu'aux applications locales, et à l'administration à l'intérieur du proto-iodure de mercure. Cette observation n'est pas seulement remarquable sous le rapport de la durée de la vaginite, elle l'est aussi sous celui de l'engorgement des ganglions lymphatiques, qui persiste toujours quoiqu'il ait été très-peu considérable.

Mais s'il est facile de guérir les vaginites quand les malades suivent un traitement convenable, il n'en est pas de même quand elles ne veulent pas se traiter, quand elles mènent une vie irrégulière, et surtout quand elles entretiennent par le coït l'irritation des parties. Alors l'inflammation passe à l'état chronique, elle se perpétue pendant des années, et tantôt contagieuse, tantôt non contagieuse, sans qu'on sache pourquoi, elle est décorée par les femmes du titre de fleurs blanches. Autrefois le traitement était très-difficile dans le cas de cette espèce, parce qu'on ne se servait pas du speculum ; mais aujourd'hui qu'on en fait un usage habituel, il devient plus aisé, parce que l'on s'assure de l'état des parties. On peut employer le speculum plein, et le speculum brisé. Je préfère le premier pour le plus grand nombre des cas : je veux qu'il soit d'un grand diamètre ; la laxité des parties lui permet bien d'entrer. Je trouve qu'avec ce speculum on voit mieux le vagin et le col utérin. Ce n'est que dans les cas où la vaginite est compliquée de végétations du vagin, ou qu'il y a quelque altération particulière du col utérin que j'emploie le speculum brisé. Voici la manière de s'en servir. On fait coucher la malade sur le bord du lit : on met un oreiller sous ses fesses, et on appuie ses pieds sur des chaises. On trempe le speculum dans l'eau chaude, ou on le passe dans ses mains pour l'échauffer, et on l'enduit d'un corps gras soit huile, cérat, ou beurre ; on a soin que la couche formée par ces deux derniers ne soit pas trop épaisse. On le prend de la main droite par le manche en mettant le pouce du côté de l'ouverture externe, et les quatre autres doigts du côté de l'instrument. De la gauche, mise en pronation sur le pubis, on écarte avec le pouce et le doigt indicateur les grandes et les petites lèvres. On appuie l'ouverture supérieure du speculum sur la fourchette : on déprime celle-ci, on introduit directement l'instrument, on lui fait franchir l'anneau vulvaire, et on abaisse la main qui tient le manche de façon à le pousser de bas en haut dans la direction du vagin. A mesure qu'il entre on examine la membrane muqueuse de ce canal, et lorsqu'on est arrivé au col de l'utérus, on le saisit avec le bout de l'instrument. Des chirurgiens conseillent pour l'introduction du speculum de mettre la main gauche en bas, et de baisser, avec un des doigts de cette main la fourchette pendant que les autres écartent les lèvres de la vulve, et de refouler en haut avec le speculum la saillie du méat urinaire. J'ai fait l'essai des deux moyens ; je n'ai pas trouvé au dernier l'avantage qu'on lui attribue de ne pas blesser l'urèthre, et de ne pas le faire saigner. Jamais je n'ai par l'autre moyen blessé, ni fait saigner l'urèthre, et je suis entré avec facilité, tandis que très-souvent la fourchette, quand elle est grande, et le médius appliqué sur elle ont arrêté mon speculum. Il vaut mieux examiner le vagin et le col utérin à la lumière naturelle ; si cependant le vagin est dirigé tout à fait en bas, on est obligé d'avoir recours à la lumière artificielle. L'emploi du speculum n'est pas possible dans le commencement de la vaginite. La turgescence des parties s'y oppose. Plusieurs fois j'ai essayé son introduction ; les malades éprouvaient des douleurs atroces ; il y avait un écoulement sanguinolent par l'excoration de la surface de la membrane muqueuse. Il faut donc attendre que cette période inflammatoire soit passée. Lorsque le speculum peut être introduit, on fait des injections avec la décoction de guimauve et de têtes de pavots, et après on met un tampon de charpie imbibée du même liquide. Ce pansement doit être renouvelé tous les matins, si l'écoulement est peu abondant. S'il est considérable on le renouvelle deux fois dans le jour.

Quand la vaginite est très-intense, il peut être bon de pratiquer une saignée du bras à la malade. L'application des sangsues à l'anus ou au périnée serait avantageuse : mais la matière de l'écoulement se répandant sur les piqûres de sangsues les irrite et les ulcère.

Quand la vaginite est diminuée, il faut avoir recours aux topiques astringents, l'eau végéto-minérale, la décoction de roses, la solution de sulfate de zinc, de deuto-chlorure de mercure.

Si les malades ne voulaient pas faire usage du speculum, il faudrait employer les injections d'abord émollientes, puis astringentes. Avant de me servir de cet instrument, j'ai fait plusieurs fois usage de ce moyen avec succès.

§ 1.

Traitement de l'inflammation du testicule.

Le traitement de l'inflammation du testicule produite par la suppression d'une uréthrite, est le même que celui de la même maladie produite par toute autre cause. Une saignée du bras, le repos au lit, un bain tiède chaque jour, des cataplasmes sur la tumeur, des lavements et la diète suffisent ordinairement pour procurer une prompte guérison. Rarement il faut faire deux saignées. On conseille l'application de sangsues sur la tumeur et le trajet du cordon testiculaire. Ce moyen, que j'ai employé souvent et que j'ai vu employer encore plus souvent, ne m'a jamais paru valoir la saignée, à laquelle il a presque toujours fallu avoir recours. Aussi j'y ai totalement renoncé.

J'ai mis fréquemment en usage avec succès les cataplasmes résolutifs à la fin du traitement, ou un emplâtre de Vigo cum mercurio. Il ne faut pas s'inquiéter du volume de l'épididyme qu'on ne peut faire revenir à son état naturel.

§ 2.

Traitement de l'ophthalmie qui survient pendant une inflammation syphilitique primitive.

L'ophthalmie produite par la suppression d'une inflammation syphilitique primitive exige le même traitement que l'ophthalmie aiguë très-intense, savoir : les saignées générales et locales, les vésicatoires aux environs de l'œil ou au cou, les sétons à la nuque, les lotions fréquentes sur l'œil avec des infusions légèrement toniques, la privation complète de la lumière, le repos et les dérivatifs sur le canal intestinal. Il est très-important de rappeler l'écoulement, tant chez l'homme que chez la femme, et j'ai vu des cas où son retour était immédiatement suivi de la guérison. Le plus remarquable est le suivant : Une jeune fille de 18 ans avait une vaginite pour laquelle je la soignais depuis plusieurs mois ; ennuyé de voir la maladie se prolonger malgré tous les soins que je prenais, j'eus recours à des astringents plus actifs que ceux dont j'avais jusqu'alors fait usage, et l'écoulement disparut presqu'immédiatement, en 24 heures. Au même moment, les yeux furent malades; les paupières tuméfiées ne pouvaient plus s'écarter. Il y avait un écoulement puriforme très-abondant, et ne pouvant examiner le globe de l'œil, je pensai que la vue serait perdue. J'employai de suite les antiphlogistiques, et des dérivatifs. Voyant au bout de deux jours que l'état était le même, je crus qu'en administrant le calomel, regardé par des praticiens comme un spécifique dans les maladies syphilitiques des yeux, j'obtiendrais quelque heureux résultat, d'autant plus que les médicaments ordonnés n'avaient pas occasionné de selles. Le premier jour j'en fis prendre huit grains; le second, dix grains, le tout sans effet ; le troisième, douze grains ; la malade eut une garde-robe abondante ; l'écoulement reparut en même temps, les paupières s'ouvrirent, leur écoulement puriforme cessa, et les yeux étaient sains. Tous ces phénomènes se passèrent dans les 24 heures, qui s'écoulent entre deux visites. J'ai rarement été assez heureux pour avoir de pareilles guérisons, et presque toujours j'ai vu les malades perdre les yeux.

Dans ces derniers temps, on a conseillé et fait avec succès l'excision de la portion de la conjonctive tuméfiée, quand il y a chemosis. Cette opération avait déjà été suivie de réussite dans les cas d'ophthalmies aiguës très-intenses, où cet accident avait lieu.

—

CHAPITRE IV.

TRAITEMENT DES ULCÈRES SYPHILITIQUES PRIMITIFS DES ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME.

—

On peut traiter de deux manières les ulcères syphilitiques primitifs des organes génitaux de l'homme, soit en les cautérisant avec le nitrate d'argent, et les pansant avec de la charpie sèche, ou du cérat simple, soit en les pansant avec du cérat mercuriel. On obtient également une guérison prompte. Quand on fait usage de charpie seule, ou de cérat sans employer aucun médicament ayant des qualités spécifiques, on les guérit aussi, mais plus lentement. On a prétendu que la cautérisation du chancre avec le nitrate d'argent favorisait le développement du bubon. Je ne l'ai jamais observé. J'ai vu le chancre se cicatriser promptement, et avant que le bubon se soit manifesté, et celui-ci paraître ensuite ; mais je n'ai pas remarqué qu'il naquît sous l'influence du caustique.

Le méthode que j'ai adoptée est la suivante ; et je m'en trouve très-bien. Je cautérise de suite le chancre, et je répète la cautérisation tous les deux jours ; je le panse avec le cérat mercuriel. J'ai par cette méthode des guérisons très-rapides. Lorsque le chancre est rongeant, je fais la cautérisation tous les jours, et j'ai soin qu'elle soit forte. C'est aussi nécessaire dans les chancres de la troisième espèce.

Quand il y a perforation du filet, j'achève de le couper. Quand le prépuce est en partie détruit par la gangrène, j'enlève les portions restantes et je fais la circoncision. Si le prépuce a son orifice rétréci par les chancres, j'emploie des émollients pour dissiper ce phimosis accidentel ; si ce moyen ne réussit pas, et que je n'aie pas espoir de le voir revenir à son état naturel, je pratique l'opération du phimosis. Quand il y a des chancres au gland ou à la face interne du prépuce et que celui-ci ne peut pas être retiré en arrière, j'attends que le phimosis accidentel soit passé ; et s'il y a phimosis naturel, je pratique l'opération, qui est toujours nécessaire pour remédier au vice de conformation.

Lorsque la gangrène est très-considérable, qu'elle a détruit soit le prépuce, soit le gland, ou l'urèthre ou les corps caverneux, la conduite à tenir ne peut être indiquée. Elle diffère selon les cas.

Quelquefois il reste à la place des chancres une induration qui offre la consistance d'un fibro-cartilage. On la fait disparaître au moyen de frictions avec l'onguent mercuriel.

—

CHAPITRE V.

TRAITEMENT DES ULCÈRES SYPHILITIQUES PRIMITIFS DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME.

—

Le traitement de ces ulcères est le même que chez l'homme. Je ne répéterai donc pas ce que j'ai dit. Je ferai seulement observer que si les petites lèvres sont très-longues, et si elles sont couvertes de plusieurs chancres, on a quelquefois de l'avantage à les couper. On fait une plaie simple qui guérit sans peine. Je l'ai fait plusieurs fois. Cette méthode a été proposée pour les chancres de l'orifice du prépuce, mais je ne l'ai jamais employée dans ces cas. Souvent les chancres des petites lèvres ont une base dure, elle disparaît au moyen des cautérisations continuées même après la cicatrisation du chancre. Quand les lèvres sont perforées ou inégalement découpées par des chancres, on se conduit diversement en raison des désordres. On ne peut établir aucune règle, c'est au chirurgien à décider ce qu'il doit faire selon les circonstances.

CHAPITRE VI.

TRAITEMENT DES ULCÈRES SYPHILITIQUES PRIMITIFS DES LÈVRES, DE LA BOUCHE, DE L'ANUS, DE LA MAMELLE ET DE LA PEAU.

—

Le traitement de ces ulcères n'offre rien de particulier. Il faut suivre les règles établies pour ceux des autres parties.

Il est bon pour ceux de l'anus de mettre une mèche, afin de développer les plis de cette partie, et d'appliquer, immédiatement, le médicament sur l'ulcère.

Dans l'exposé que je viens de faire des principes du traitement des symptômes primitifs de la syphilis, je n'ai parlé que de la thérapeutique locale sans m'occuper de la médication interne. Ce sujet est d'une grande importance et mérite d'être étudié sous deux rapports.

Doit-on ordonner un traitement interne dans les cas d'apparition de symptômes syphilitiques primitifs ? Cette première question sera résolue affirmativement. En effet l'expérience a toujours prouvé et dans ces derniers temps plus que jamais, que si on ne faisait pas subir un traitement antisyphilitique, les symptômes consécutifs apparaissaient peu de temps après la guérison des primitifs, et qu'au contraire on ne les voyait pas quand les malades avaient fait un traitement. On a objecté qu'ils se manifestaient quelquefois chez des personnes qui avaient pris du mercure. Cela est certain, mais on doit distinguer les circonstances. Quand le traitement antisyphilitique est bien fait, est complet, on ne voit pas de symptômes consécutifs; quand il est mal fait, incomplet, on en observe. Des malades m'ont dit souvent avoir subi un traitement, et je suis parvenu par mes questions à savoir quelle dose de mercure ils avaient employée. J'ai trouvé qu'ils avaient pris douze, quinze, vingt grains de deuto-chlorure, ou deux ou trois onces d'onguent mercuriel. Or, je le demande, est-ce là un traitement antisyphilitique? Non, certes, et cependant on avait mis deux et quatre mois à le faire de cette manière. Il y a des circonstances où l'on peut, je crois, se dispenser de faire un traitement : c'est quand les individus doivent être exposés à une nouvelle infection immédiatement après leur cure, comme cela se voit chez les filles publiques. C'est encore quand les malades ne peuvent pas suivre le traitement et le faire complet. Il faut alors attendre parce qu'il est, suivant moi, préférable de ne pas se traiter que de le faire incomplétement. Dans le premier cas, on n'a pas de peine à guérir les symptômes consécutifs, dans le second, on en éprouve beaucoup.

La deuxième question est celle-ci : doit-on avoir recours au traitement contre tous les symptômes primitifs? Elle est aussi grave que l'autre, et sera aussi décidée affirmativement. Malheureusement on ne peut mettre à exécution ce que la raison et l'expérience commandent. Ordonnera-t-on, par exemple, un traitement antisyphilitique contre l'uréthrite et la vaginite? Les anciens savaient qu'elles étaient dans la majorité des cas le résultat de l'infection syphilitique, et ils les traitaient comme les chancres. Plus tard on observa qu'elles guérissaient aussi bien sans mercure qu'après l'administration de ce médicament, et qu'assez souvent il ne survenait aucun symptôme syphilitique consécutif, mais seulement un rétrécissement de l'urèthre. On en tira la conclusion que l'inflammation de l'urèthre et du vagin n'étant pas toujours syphilitique, il était au moins inutile de faire un traitement. D'ailleurs, ajoutait-on, à quoi reconnaître le caractère syphilitique? Je crois qu'alors on avait raison, mais je pense qu'aujourd'hui on aurait tort de raisonner ainsi, puisqu'il y a un signe certain de diagnostic, le bubon. Aussi je n'hésiterai jamais à ordonner un traitement antisyphilitique au malade, qui ayant une uréthrite ou une vaginite, sera attaqué d'un engorgement ganglionnaire qui ne se résoudra pas complétement.

L'efficacité du traitement interne se fait bien sentir par la rapidité de la guérison. Je l'ai constaté un grand nombre de fois pour les chancres. J'ai fait des expériences, à cet égard, et j'ai ob-

servé que le chancre pansé avec de la charpie sèche ou enduite de cérat simple guérissait plus vite, quand le malade prenait le mercure à l'intérieur, que lorsque je le cautérisais avec le nitrate d'argent, ou le pansais avec une pommade mercurielle, et que le malade ne faisait pas de traitement interne. Je n'ai jamais trouvé l'occasion de faire la même épreuve pour l'inflammation des membranes muqueuses.

SYPHILIS CONSÉCUTIVE.

—

Traitement.

—

§ 1.

Traitement des inflammations syphilitiques consécutives.

Les inflammations syphilitiques consécutives n'exigent pas un traitement antiphlogistique. On peut, quand on en fait usage, procurer une amélioration momentanée, mais elle n'est pas de longue durée ; souvent même on ne l'obtient pas. Le seul moyen de les combattre efficacement est d'avoir recours au traitement antisyphilitique. J'ai souvent vu dans des périostoses, dans des inflammations de la gorge, les sangsues et les fumigations émollientes soulager le malade pendant quelques jours, et les accidents revenir avec la même force. Alors l'emploi des antisyphilitiques les faisait complétement disparaître. J'ai observé plus fréquemment encore la même chose pour les diverses maladies de la peau. Le traitement de cette inflammation en général se rattache trop à chaque inflammation en particulier, pour qu'ici j'en dise plus long.

§ 2.

Teinte jaune de la peau.

Elle guérit par les mêmes moyens thérapeutiques que la maladie avec laquelle elle existe : elle disparaît toujours avant.

§ 3.

Fièvre syphilitique consécutive.

Elle demande le même traitement que la maladie qu'elle accompagne.

§ 4.

Névrose syphilitique consécutive.

Le traitement antisyphilitique la fait disparaître au bout de dix à quinze jours.

Quant à la cachexie syphilitique, qui souvent est incurable, on peut espérer la faire disparaître en mettant en usage les médicaments toniques et une alimentation tout à la fois douce et nutritive, pour passer ensuite à une nourriture tonique et fortifiante. Quand elle coexiste avec une affection locale grave, il faut traiter celle-ci par les applications mercurielles, opiacées et toniques mêlées et employées en très-petites proportions ; on en augmente progressivement la dose. On donne le mercure à l'intérieur, mais à doses très-minimes, et on va toujours croissant. Les bains gélatineux, légèrement sulfureux, le lait, les viandes blanches, plus tard les viandes noires, le vin de Bordeaux, le quinquina, l'opium, l'habitation dans des appartements et surtout un pays chauds, les frictions sur la peau, en un mot tout ce qui peut fortifier, tels sont les moyens auxquels on doit avoir recours.

§ 5.

Syphilides de la peau.

Les syphilides de la peau réclament deux sortes de traitement : un traitement général, qui est celui de la syphilis en général, et un traitement local qui varie pour chaque espèce. Les syphilides exanthématique, vésiculeuse, papuleuse, squammeuse et maculeuse, n'exigent d'autre traitement local que les bains tièdes simples. La première se dissipe ordinairement d'elle-même : c'est la même chose pour la première variété de la papuleuse. Quelquefois les bains et les boissons sudorifiques et acides continuées pendant longtemps produisent de l'amélioration dans les symptômes des autres espèces citées, et même parviennent à les guérir : mais elles reparaissent au bout de peu de temps.

La syphilide pustuleuse diminue aussi sous l'influence d'un traitement semblable, mais sa guérison est plus difficile, surtout dans le cas de pustules psydraciées. Les cautérisations avec le nitrate d'argent deviennent quelquefois nécessaires.

Les syphilides tuberculeuses arrondie et plate sont parfaitement guéries par l'emploi des cautérisations et des bains. J'ai même vu la seconde être dissipée par les soins de propreté. Mais l'une et l'autre reviennent bientôt, et au bout de deux ou trois mois, le malade n'est pas plus avancé. On n'obtient une guérion complète et permanente que par le traitement antisyphilitique général. On peut aider son action par les cautérisations avec le nitrate d'argent, ou les onctions avec un onguent mercuriel.

La syphilis tuberculeuse végétante exige toujours pour une guérison complète et permanente l'emploi combiné du traitement antisyphilitique et du traitement local. J'ai vu deux ou trois fois les végétations coupées ne pas repousser, quoique

les malades n'aient pas fait un traitement général. Je les ai vues aussi tomber sous l'influence d'application d'un onguent fait avec parties égales d'opium brut et d'axonge, ou d'une solution saturée d'opium brut. Mais ces cas sont très-rares en comparaison de la fréquence extrême de cette affection, et se rapportent à des circonstances, en quelque sorte, exceptionnelles. Ainsi, c'est quand les végétations sont très-anciennes et stationnaires que l'excision seule les guérit; et c'est, au contraire, quand elles sont aiguës, que les frictions ou les lotions opiacées les guérissent. Des hommes de l'art ont avancé que, si les végétations coupées repoussaient, la cause de la récidive était qu'on excisait seulement le pédicule, sans enlever la peau sur laquelle il repose. C'est une erreur; quelque soin que j'aie pris de couper la peau, j'ai vu revenir la maladie. D'autres ont dit qu'on était sûr de la guérison si on cautérisait la plaie le jour ou le lendemain de l'excision; l'erreur est la même. La végétation repousse soit à la même place, soit à côté, et elle semble avoir d'autant plus de vigueur qu'on l'a excisée plus souvent.

Après avoir fait un grand nombre d'essais de tout genre, voici le traitement que mon expérience m'a appris être le plus convenable. Je fais faire au malade un traitement antisyphilitique que je pousse jusqu'aux deux tiers ou aux trois quarts, et si alors les végétations ne tombent pas, ou ne s'affaissent pas, je les cautérise ou les excise. Ce mode thérapeutique m'a constamment réussi. Jamais je ne les ai vues revenir. Deux fois j'ai éprouvé un désagrément; les végétations ont continué d'augmenter pendant le cours du traitement; et dans un de ces cas, elles ont au moins quadruplé : il y en avait quatre ou cinq médiocres à la couronne du gland, et le malade n'était pas arrivé à la moitié de son traitement que toute la circonférence du gland était envahie dans une largeur d'un travers de doigt. J'espérais que la fin du traitement les ferait tomber; mais elles restèrent stationnaires : alors je les excisai et elles ne reparurent pas. Dans le second cas, l'augmentation fut très-peu de chose ; et la cautérisation les détruisit, et compléta la cure. Lorsqu'elles doivent tomber sous l'influence du traitement, on observe les phénomènes suivants. Si elles sont pédiculées, le pédicule se resserre peu à peu, et le malade trouve ses végétations dans son lit. La peau n'est pas ulcérée à sa place, à moins qu'il ne soit gros. Si elles ont une base large, elles s'affaissent, se rétrécissent, et elles finissent par tomber sous forme de lamelle, en laissant à leur place une ulcération qui guérit promptement. J'ai souvent vu vingt, trente, quarante végétations chez le même malade et même plus tomber ainsi. Je fais la cautérisation avec le nitrate d'argent. Ce caustique a l'avantage d'agir profondément, de faire par conséquent peu souffrir le malade, et de produire une eschare sèche qui tombe après deux ou trois jours. Très-fréquemment les malades l'emploient eux-mêmes. Je fais l'excision avec des ciseaux courbes sur leur plat, ayant soin d'enlever la peau sur laquelle est poussée la végétation. Lorsque les végétations sont très-grosses et très-nombreuses, on peut les exciser sans crainte d'hémorrhagie. Chez la malade dont j'ai parlé plus haut, et qui avait quatre rangs de végétations aux parties génitales et aux plis des cuisses, il y eut, pendant l'opération, un écoulement de sang considérable, et je craignis une hémorrhagie ; une compression médiocre suffit pour arrêter le sang qui ne venait que des veines. Lorsque la végétation est très-volumineuse, comme celle de l'anus que j'ai décrite, on la prend dans la main gauche, et on la coupe avec un bistouri.

La syphilide ulcéreuse, beaucoup plus grave que les autres syphilides, exige aussi plus de soins. La première variété se guérit quelquefois avec facilité par l'emploi des moyens locaux. Si on leur adjoint le traitement général, la cure est très-prompte. Cependant celle qui survient pendant le cours d'une infection récente, celle qui succède aux piqûres des sangsues, et surtout celle qui offre des bourgeons charnus en champignons sont ordinairement très-rebelles.

J'en ai rapporté plus haut deux exemples, et dernièrement encore je n'ai obtenu la guérison de deux ulcères semblables qu'au moyen de la pommade du docteur Stafford. Les cautérisations avec le nitrate d'argent me réussissent dans les cas ordinaires. Le pansement se fait avec un onguent ou pommade mercuriels.

Dans les deuxième et troisième variétés de syphilide ulcéreuse, les bains simples, les applications mercurielles, et le traitement antisyphilitique procurent une guérison rapide. De toutes les préparations mercurielles, le proto-iodure de mercure à l'extérieur et à l'intérieur est celle qui m'a paru avoir une action plus prompte. Cependant je l'ai abandonnée, parce que je l'ai trouvé infidèle, à moins que les malades n'en prissent une trop grande quantité. J'ai quelquefois opéré avec elle des cures presque merveilleuses dans les syphilides tuberculeuse et serpigineuse, mais la maladie revenait peu après. Dans les cas d'ulcères syphilitiques aux jambes, j'ai souvent employé avec succès le traitement général et un traitement local avec des bandelettes de sparadrap d'emplâtre de Vigo cum mercurio. D'autres fois ce dernier moyen n'a pas réussi, et j'ai été forcé d'avoir recours au séjour au lit. J'ai, dans un cas, essayé, pendant 14 mois, de guérir par ce mode thérapeutique, un jeune homme qui avait des ulcères syphilitiques aux jambes. Je n'ai pu obtenir une guérison parfaite. Au bout de trois semaines de séjour au lit, et de pansement avec le cérat mercuriel, la cicatrisation était complète et solide.

§ 6.

Syphilides des membranes muqueuses.

La syphilide exanthématique des membranes muqueuses se dissipe quelquefois par l'emploi de médicaments légèrement astringents, les seuls que l'on puisse employer avec les antiphlogistiques chez le plus grand nombre des malades qui ne veulent pas croire que l'inflammation, qui les tourmente, est syphilitique. Mais elle revient bientôt, ou quelque autre symptôme apparaît. Quand elle coexiste avec une autre maladie syphilitique consécutive, elle se dissipe par l'emploi du traitement antisyphilitique. C'est le seul qu'on devrait mettre en usage constamment pour la combattre.

Les syphilides tuberculeuse et ulcéreuse réclament le traitement général, et quelquefois un traitement local variable selon les circonstances.

§ 7.

Système osseux.

La nécrose ne peut être combattue par aucun traitement quand elle est formée : il faut favoriser la chute de la portion d'os morte par des applications locales, et par des tractions ménagées. Dans ce cas un traitement antisyphilitique peut-il être de quelque utilité? Je ne pense pas qu'il serve contre la portion nécrosée, ou qu'il facilite sa séparation ; mais il empêche la formation d'une autre nécrose, il accélère la cicatrisation des parties ulcérées, et il combat le virus syphilitique dont l'existence dans l'économie animale est démontrée par la maladie de l'os.

La cure des exostoses exige qu'on établisse une différence entre elles. L'exostose éburnée est incurable par les topiques ou le traitement antisyphilitique interne. L'altération de l'os est trop profonde pour qu'on puisse espérer qu'il revienne à son état primitif. L'exostose laminée peut être tout à fait guérie, ou au moins beaucoup diminuée par les topiques et le traitement interne. L'on fait sur elles des frictions mercurielles, et on applique constamment un emplâtre de Vigo cum mercurio. Il est nécessaire quelquefois d'employer à l'intérieur une dose considérable de mercure pour obtenir la résolution de la tumeur osseuse ; mais on y parvient avec le temps par un traitement bien dirigé.

La névrose des os est toujours guérie par le traitement antisyphilitique interne.

§ 8.

Système fibreux.

La périostose récente guérit par le traitement antisyphilitique interne et par l'application d'un emplâtre de Vigo cum mercurio. La périostose suppurée disparaît souvent aussi par l'emploi des mêmes moyens. Toutes les fois que j'en ai rencontré au front j'ai essayé ce mode thérapeutique, et j'ai été assez heureux pour réussir fréquemment à obtenir la résolution. Dans les cas de suppuration avec rougeur et amincissement de la peau, je n'ai jamais ouvert la tumeur comme on en donne le conseil : quelquefois les parties sont revenues à leur état naturel, d'autrefois la suppuration a eu lieu, le pus ou le bourbillon sont sortis, et la peau désorganisée en grande partie a laissé à découvert un ulcère que les topiques mercuriaux ont guéri. J'ai remarqué que si dans ces cas, j'avais ouvert la tumeur, la gangrène de la peau était également survenue à cause de son peu d'épaisseur. Si la périostose est indurée, il faut ouvrir la coque osseuse ; si elle est peu épaisse, la vider et l'enlever avec des ciseaux forts ; et si l'on ne peut, il faut la scier à son point d'union à l'os.

Les maladies des capsules fibreuses, qui surviennent dans la syphilis consécutive et celles des aponévroses d'enveloppe exigent le traitement général et les applications mercurielles; mais celles des capsules fibreuses qui se manifestent pendant le cours d'une vaginite ou d'une uréthrite, ne demandent pas d'autre traitement que celui de la maladie avec laquelle elles coexistent. J'en ai vu plusieurs cas ; mais quelquefois il faut avoir recours à un traitement antisyphilitique. Je citerai l'observation d'un individu, qui a eu deux fois une inflammation de l'urèthre, et deux fois des douleurs totalement semblables aux rhumatismales, qui n'ont disparu après l'uréthrite que par un traitement interne.

§ 9.

Système épidermique.

L'épaississement de l'épiderme désigné sous le nom de syphilide cornée, et l'alopécie exigent un traitement général. On peut dans le premier cas faire avec avantage quelques onctions mercurielles sur la partie malade.

L'onyxis réclame aussi le traitement général, mais il est souvent nécessaire d'avoir recours à un traitement local. Quand il y a des ulcères au pourtour de l'ongle, il faut les couvrir de linges ou de plumasseaux enduits de cérat mercuriel. Quand l'ongle est en partie détaché, il faut achever de l'enlever ; quand il est difforme, il faut l'extirper ; s'il repousse malsain et mal conformé, il faut l'arracher et comprimer la matrice soit dans le but d'empêcher le nouvel ongle de naître informe, soit dans celui d'obtenir l'adhérence des parties qui constituent la matrice unguiale, et de priver le doigt de son ongle, ce qui est préférable à l'altération de forme et de couleur.

§ 10.

Système séreux.

Les maladies syphilitiques du système séreux qui coïncident avec une uréthrite ou une vaginite ne demandent pas d'autres soins que ceux employés pour la guérison des inflammations qu'elles accompagnent. Les deux affections se dissipent en même temps.

§ 11.

Système musculaire.

Les deux cas de maladies du système musculaire, dont j'ai fait mention, ont persisté malgré le traitement général fait pour les affections qu'elles accompagnaient, et malgré les bains d'eau ou de vapeur, et les douches de vapeur.

§ 12.

Système cellulaire.

L'endurcissement du système cellulaire se dissipe par les frictions ou les onctions mercurielles locales, et le traitement général. La compression méthodique contribue à sa guérison.

§ 13.

Système nerveux.

Les lésions syphilitiques du système nerveux doivent être combattues par le traitement général. Quand on croit avoir administré une dose suffisante de mercure, on peut avoir recours aux excitants dirigés sur la colonne vertébrale ou le nerf affecté.

§ 14.

Tête. — Poitrine. — Abdomen.

1° *Crâne*. Les exostoses du crâne et la céphalée cèdent au traitement général. Les exostoses externes deviennent moins douloureuses et diminuent de grosseur par l'application d'un emplâtre de Vigo cum mercurio.

2° *Œil*. Quoique je n'admette pas que la cataracte puisse être produite par le virus syphilitique, je dois cependant citer ce que dit Guérin à cet égard dans son traité des maladies des yeux. — « J'ai vu une cataracte vérolique se guérir par l'u-» sage bien administré du mercure. M. Maré-» chal, membre de notre compagnie, m'a rap-» porté un fait semblable. » Je ne prononce pas contre ces deux chirurgiens, mais il est permis de douter, et on doit surtout regretter que Guérin ne donne pas plus de détails sur deux faits aussi curieux.

L'iritis syphilitique, que j'ai vu quelquefois se développer pendant le cours d'un traitement interne, a toujours cédé à une saignée générale ou locale selon les circonstances, et à l'emploi du calomel continué tous les jours à la dose de six ou huit grains jusqu'à la diminution notable des symptômes. Quoique je l'aie employé ainsi pendant huit ou dix jours de suite, et même pendant un plus long temps dans quelques cas, je n'ai pas observé qu'il produisît rapidement la salivation, comme le craignent quelques praticiens. Ce traitement guérit ordinairement l'iritis en deux semaines ; je ne l'ai pas vu se prolonger au delà du troisième septenaire. Il est nécessaire que le malade se tienne dans une chambre peu éclairée, et que l'œil soit couvert d'un linge fin et sec.

Les ulcères des paupières cèdent au traitement général et au traitement local. Quand la conjonctive est ulcérée, les cautérisations avec le nitrate d'argent, et les lotions avec un collyre excitant ou tenant du mercure en solution accélèrent la guérison. Quand la peau et les cartilages tarses sont malades, il faut appliquer soit un linge, soit un plumasseau enduit de cérat mercuriel.

3° *Nez et fosses nasales*. Toutes les maladies syphilitiques consécutives du nez et des fosses nasales réclament un traitement antisyphilitique général. Les syphilides tuberculeuse et ulcéreuse de la peau demandent des onctions ou des pansements avec des onguents mercuriels. Les syphilides tuberculeuse ou ulcéreuse de la membrane pituitaire sont guéries plus promptement quand on joint au traitement général les fumigations de cinnabre.

L'on doit, dans les cas où l'on craint l'oblitération des narines, les maintenir ouvertes jusqu'à parfaite cicatrisation avec une sonde de gomme élastique, ou un bouton d'ivoire percé. Lorsque la portion cartilagineuse du nez est complétement détruite, on peut mettre un faux nez ou pratiquer la rhinoplastie.

4° *Joues*. Les maladies syphilitiques consécutives des joues, soit qu'elles attaquent les parties molles, soient qu'elles aient leur siége dans les parties osseuses, exigent un traitement général. Les syphilides tuberculeuse et ulcéreuse de la peau demandent beaucoup de soins afin d'éviter la difformité.

5°. *Lèvres*. Les syphilides tuberculeuse et ulcéreuse des lèvres guérissent par un traitement antisyphilitique : quand la première est accompagnée de l'induration du tissu cellulaire, il faut comprimer la lèvre sur les dents au moyen d'un bandage. Les végétations seront cautérisées avec le nitrate d'argent.

6° *Os maxillaire inférieur*. La périostose et l'exostose doivent être traitées par le mercure à

l'intérieur. Si la seconde devient trop volumineuse, il faut l'enlever. Dans la nécrose, on enlèvera les portions d'os malades.

7° *Langue.* Toutes les maladies syphilitiques consécutives de la langue ont besoin, pour guérir, du traitement antisyphilitique général. Il faut y joindre dans les cas d'ulcères les cautérisations avec le nitrate d'argent, et dans ceux de gonflement les collutoires de suc de laitue ou de solution de deuto-chlorure de mercure. Très-fréquemment je me contente de ceux de miel rosat dans l'eau pure, ou dans la décoction d'orge.

8° *Voûte palatine.* La nécrose d'une portion de la voûte palatine réclame un traitement antisyphilitique général, quoiqu'elle puisse guérir sans lui lorsqu'elle est bornée : parce qu'elle est le signe d'une altération profonde de la constitution par la syphilis, et qu'elle présage soit une nouvelle nécrose soit tout autre accident consécutif, comme on le voit tous les jours, quand on n'a pas eu recours à cette médication. Les collutoires indiqués plus haut, et l'ébranlement de la portion d'os sont nécessaires pour hâter la guérison, et procurer du soulagement au malade. Quand la cicatrisation des bords de la perte de substance est obtenue, il faut appliquer un obturateur. Si quelques dents ont été entraînées avec l'os, on les remplace.

9° *Voile du palais*,

10° *Amygdales*,

11° *Pharynx.* L'inflammation syphilitique consécutive et la syphilide ulcéreuse de ces trois parties exigent absolument un traitement antisyphilitique général, sans lequel on ne peut obtenir que du soulagement dans les symptômes sans guérison parfaite. On donne des gargarismes détersifs ou mercuriels; on touche fréquemment les ulcères avec le nitrate d'argent. Si on rencontrait une syphilide tuberculeuse végétante de l'amygdale, on ferait la rescision de la tumeur. S'il y a des végétations sur le voile du palais, on les excise. Pourrait-on dans les cas de division du voile du palais par une ulcération en faire la suture ? Je pense qu'en général la perte de substance s'y oppose; il faudrait pour que cette opération fût praticable que la syphilide ulcéreuse eût été serpigineuse, et n'eût fait en quelque sorte qu'une fente.

12° Je ne dirai rien du traitement des maladies syphilitiques consécutives du larynx, ni de la poitrine, parce que je n'ai pas de faits relatifs aux lésions de cette cavité, et que je n'ai observé qu'une seule maladie du larynx dont j'ai indiqué le traitement, en rapportant l'observation.

13° Je ne parlerai pas des maladies qui peuvent appartenir à la syphilis consécutive et qui altèrent les fonctions des organes contenus dans l'abdomen. L'observation que j'ai citée, est tout ce que je sais à leur égard. Il n'en est pas de même des maladies du rectum, de l'anus et des organes génitaux.

1° *Rectum.* Les syphilides tuberculeuse et ulcéreuse du rectum doivent être traitées par le mercure à l'intérieur et par les applications locales. Celles-ci consistent en mèches enduites d'un onguent mercuriel, dont on augmente progressivement la grosseur. Il est quelquefois nécessaire de substituer à cet onguent tout autre topique irritant pour exciter le développement des bourgeons charnus. Les cautérisations ont besoin d'être fréquemment répétées dans la syphilide ulcéreuse parce qu'elle a peu de tendance à la cicatrisation.

2° *Anus.* La syphilide ulcéreuse de l'anus exige le même traitement que celle du rectum. Dans le cas de végétations il faut en faire la rescision.

3° *Organes génitaux de l'homme.* Les végétations du pénis doivent être excisées avec des ciseaux courbes, et pour prévenir leur retour, il faut faire un traitement antisyphilitique général. J'ai plusieurs fois obtenu la chute des végétations aiguës au moyen des frictions avec l'onguent d'opium brut. Quand tout le gland en est couvert, il faut, pour empêcher l'effusion du sang après leur section, faire le pansement avec la charpie sèche, la croix de Malte et une bande, comme dans l'opération du phimosis. Le testicule vénérien doit être traité par les frictions mercurielles sur l'organe, et les cataplasmes émollients. Cette médication suffit presque toujours pour la guérison complète. Cependant l'emploi du mercure à l'intérieur la favorise beaucoup. Quand la suppuration est déjà formée, on peut y avoir également recours; il facilite la résorption du pus et la diminution de la tumeur. J'ai eu à me louer de l'avoir suivi dans plusieurs cas, qu'on aurait pu prendre pour des engorgements tuberculeux. Si la maladie se termine par induration, il faut enlever le testicule.

4° *Organes génitaux de la femme.* Les végétations des organes externes doivent être excisées. Quand une petite lèvre est couverte de végétations et qu'elle est très-longue, il vaut mieux l'amputer d'un seul coup de ciseaux, que d'enlever chaque tumeur. La syphilide tuberculeuse arrondie ou aplatie doit être cautérisée. Dans les cas de végétations du vagin, il faut faire ou l'excision ou la cautérisation, si on veut avoir recours aux moyens locaux seulement. Mais si l'on veut employer en même temps le traitement général, on peut se contenter de frictions avec un onguent mercuriel, ou l'onguent d'opium brut. La syphilide ulcéreuse du vagin exige de fréquentes cautérisations, et souvent l'usage de médicaments topiques irritants pour changer la nature de la surface ulcérée. J'ai dit que je ne croyais pas qu'on dût rapporter à la syphilis les excoriations du col de l'utérus qu'on trouve fréquemment dans les cas de syphilis consécutive; il faut bien se garder de les cautériser avec le nitrate acide de mercure, on augmente presque toujours le mal au lieu de le diminuer : le nitrate d'argent suffit. Quand il y a boursouffle-

ment du col, les cautérisations de nitrate d'argent, et les applications de calomel ou d'alun en poudre faites régulièrement ramènent les parties à leur état naturel. Les solutions légères de nitrate d'argent, et de nitrate acide de mercure dont on a recommandé l'usage dans ces derniers temps agissent comme irritants, et n'ont aucune vertu particulière.

14° *Membres.* Les membres sont le siége de tumeurs blanches contre lesquelles on doit employer le traitement général, et les frictions mercurielles sur le siége du mal. Il faut une grande persévérance dans le traitement, et il sera couronné de succès. Les ulcères de la peau des orteils guérissent promptement par les applications d'un onguent mercuriel.

SYPHILIS CONGENIALE.

—

Traitement.

—

Le traitement de la syphilis congéniale peut se faire de deux manières, soit en traitant la nourrice soit en traitant l'enfant. Pendant les premiers mois de la vie, surtout quand l'enfant est très-chétif, il est préférable de suivre le premier mode; mais plus tard, c'est-à-dire lorsque l'enfant est parvenu au quatrième mois, je crois qu'il vaut mieux le traiter lui-même en lui administrant le mercure à doses très-minimes à l'extérieur. Je préfère cette médication à l'emploi du mercure à l'intérieur parce que l'estomac ne se trouve pas fatigué. L'on peut cependant faire usage des préparations mercurielles à l'intérieur quand l'enfant est plus âgé: j'en ai obtenu de bons effets : on commence par un dixième, ou un huitième de grain de solution de deuto-chlorure : puis on monte jusqu'à un quart de grain par jour. On proportionne suivant l'âge de l'enfant la dose de mercure que l'on doit administrer pour un traitement complet. Le quart, le tiers, la moitié de la dose ordinaire suffisent suivant l'âge auquel ont paru les symptômes. En agissant avec prudence, il y a moins d'inconvénients à pousser loin la dose, qu'à ne pas en donner assez.

—

En résumant ce que j'ai dit sur le traitement de la syphilis, je poserai les principes suivants.

1° Le mercure est un remède certain contre la syphilis.

2° Pour en obtenir l'effet désiré, il faut le donner à dose plus forte qu'on ne le fait ordinairement.

3° Employé seul, il a autant d'efficacité, que si on l'unit à d'autres médicaments.

4° Son usage interne suffit pour guérir les symptômes généraux et locaux. Cependant l'emploi de certains topiques accélère la guérison de ces derniers.

5° Un traitement incomplet est inutile, et a de plus l'inconvénient de rendre très-difficiles à guérir les symptômes consécutifs qui se développeront plus tard.

6° Un traitement complet guérit les symptômes primitifs et empêche l'apparition des consécutifs.

7° Un traitement complet guérit radicalement la syphilis consécutive.

8° Le mercure bien administré, quelle que soit la dose à laquelle on le porte, n'occasionne aucun accident général ou local.

RECHERCHES PRATIQUES

SUR LES

TUMEURS SANGUINES

DE LA VULVE ET DU VAGIN;

PAR L. C. DENEUX,

Professeur de Clinique d'accouchement à la Faculté de Médecine de Paris, ex-Médecin de la Maison d'Accouchement, Membre de l'Académie royale de Médecine, Accoucheur de S. A. R. Madame la Duchesse de Berry, Chevalier des Ordres royaux de la Légion d'honneur, de Saint-Michel, etc.

AVANT-PROPOS.

Il y a environ deux ans que M. Massot, chirurgien en chef de l'hôpital de Perpignan, adressa à l'Académie royale de médecine une *Observation sur la Formation spontanée d'une énorme tumeur sanguine à la grande lèvre gauche, chez une dame, parvenue au neuvième mois de la grossesse.* Je fus chargé de faire un rapport sur cette observation. A peu prés à la même époque, M. le docteur Vingtrinier de Rouen publia, dans la *Revùe médicale*, un fait analogue à celui de M. Massot, et tandis qu'à l'occasion de ce fait, on annonçait qu'il n'en existait que cinq observations dans les auteurs, un jeune praticien faisait imprimer qu'il avait eu occasion d'observer sept à huit cas de ce genre. Je plains sincèrement ceux de mes confrères qui jouissent de la fâcheuse prérogative de rencontrer souvent des accidents peu communs pour d'autres. Si j'en juge d'après mon expérience, les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin sont fort rares ; car dans une pratique de plus de quarante ans, je n'ai eu occasion de les observer que trois fois ; encore un des faits s'est-il passé à la maison d'accouchement de Paris : et c'est le seul que j'aie vu dans cette maison pendant les cinq années durant lesquelles le service médical m'en a été confié.

Avant de présenter à l'Académie le rapport qu'elle m'avait démandé, je voulais connaître tout ce qui avait été écrit sur les thrombus de la vulve ou du vagin : c'est ainsi que Le Dran a le premier nommé les tumeurs sanguines de ces parties. En compulsant les ouvrages didactiques, et surtout les recueils d'observations, je ne tardai pas à me convaincre que l'on ne possédait sur cet accident que des connaissances fort incomplètes; que le danger qui l'accompagne était généralement méconnu, et qu'il existait des opinions très-différentes sur les moyens qu'il réclame. Je conçus le projet de rassembler et de publier toutes les observations que je pourrais découvrir. Outre l'avantage d'offrir une réunion de faits très-curieux, disséminés pour la plupart dans des ouvrages peu répandus ou écrits en langues étrangères, il m'a semblé que le rapprochement, la comparaison de ces faits servirait beaucoup à éclaircir la théorie de la formation de cette espèce de thrombus, son diagnostic, son prognostic et surtout ses indications prophylactiques et curatives. J'ai groupé toutes les observations d'après ce qu'elles présentaient de plus remarquable. Il en est une dont je regrette de n'avoir pu donner les détails ; elle est consignée dans le tome deuxième des *Cases in Midwifery by W. Perfect.*

Je n'ai pu me procurer la totalité de cet ouvrage dont je ne possède que le premier volume. J'ai fait suivre chaque observation des réflexions qu'elle m'a suggérées. Il m'a semblé que c'était le seul moyen de faire disparaître tout ce que peut avoir de sec, d'aride, la lecture successive de beaucoup de faits, de rendre cette lecture plus profitable ; car une réflexion en fait souvent naître d'autres. J'avoue que ce travail m'a beaucoup instruit. Je désire qu'il soit aussi profitable à ceux qui voudront prendre la peine de le lire.

MÉMOIRE

SUR LES TUMEURS SANGUINES

DE LA VULVE ET DU VAGIN.

Historique.

La multitude de vaisseaux sanguins et spécialement de veines qui entourent le vagin et se rendent à la vulve ; la situation de ces vaisseaux au milieu d'un tissu cellulaire lâche et extensible ; les changements qu'ils éprouvent par la grossesse; la distension, la compression qu'ils subissent par le séjour de l'enfant dans le fond de l'excavation pelvienne, par son passage à travers la vulve ; toutes ces causes réunies expliquent facilement la possibilité de l'accident dont je vais m'occuper, et, si quelque chose doit étonner, c'est sa rareté.

On aurait tort de croire que si l'on a négligé jusqu'ici l'étude de ces épanchements, on doive l'attribuer à leur peu d'importance; car je ferai voir bientôt qu'ils ont donné lieu à de graves erreurs de diagnostic, et que souvent aussi ils ont été suivis de la mort. A peine cependant quelques auteurs s'en sont-ils occupés d'une manière spéciale. J. Rueff, chirurgien de Zurich, en a fait mention dès l'année 1554, dans son traité *De conceptu et generatione hominis*. Mais le premier ouvrage qui ait été publié sur ce sujet est une dissertation inaugurale soutenue à Basle en 1734, pour obtenir le titre de docteur en médecine et en chirurgie, par Jean Henri Kronauer. Cette dissertation a pour titre : *De tumore genitalium post partum sanguineo*.

On trouve dans le tome premier du Journal général de médecine publié en 1796, un mémoire sur le même sujet, et en 1806 Boer en a fait la matière d'un travail particulier, inséré sous le titre *De fluxu quodam sanguinis in puerperis ante incognito*, dans le tome deuxième de son ouvrage intitulé : *Naturalis medicinæ obstetriciæ libri septem*, Viennæ, 1812.

Dans la même année 1812, le docteur Audibert soutint à la Faculté de Médecine de Paris, une thèse ayant pour titre : Dissertation sur l'épanchement sanguin qui survient aux grandes lèvres ou dans l'intérieur du vagin pendant le travail ou à la suite de l'accouchement.

En 1824, M. F. J. Siebenhaar présenta à l'université de Leipsick, une dissertation latine intitulée : *Observationes de tumore vaginæ sanguineo ex partu oborto.*

L'article Thrombus de la vulve et du vagin, inséré par le docteur Legouais dans le Dictionnaire des sciences médicales, complète la liste de tout ce qui a été publié *ex professo* sur ce sujet.

Ces différents travaux sont fort incomplets. « Il est probable, dit le dernier auteur que je viens de nommer, il est probable, et l'intérêt de l'art nous le fait vivement souhaiter, que si l'on parvient à appeler l'attention des praticiens sur ce genre d'affection, les observations plus multipliées que l'on en publiera, mettront à même d'en composer une histoire plus complète, et de suppléer à ce que peut laisser à désirer celle que nous présentons aujourd'hui. »

Le docteur Legouais ne connaissait sans doute pas tous les faits qui avaient été publiés lorsqu'il a écrit ces lignes, car il en existe un assez grand nombre dans les auteurs ; et cette espèce de thrombus a été observée pendant l'état de vacuité de l'utérus, pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement.

Mauriceau, Peu, Veslingius, Fichet De Fléchy, Ledran, Alix, Lentin, Delius, Barbaut, Macbride, Berdot, Peyrilhe, Brasdor, Zeller, Solayrès,

Hunter, Baudelocque, Casaubon, Coutouly, Pacull, Siebold, Perfect, D'outrepont, Chaussier, Mme Lachapelle, Blagden, Dewees, etc., etc., ont fait connaître des observations de ce genre, et c'est bien à tort que l'on a imprimé dernièrement que l'on n'en trouvait que cinq dans les auteurs ; il en existe à ma connaissance près de soixante. Enfin, au commencement de cette année, le docteur Meissner en a relaté plusieurs dans des réflexions sur les varices et tumeurs sanguines des lèvres de la vulve, insérées dans le *Gemeinsame deutsche Zeitschrift für Geburtskunde* 1830, V.ter *band, II tes heft, S.* 189.

Causes.

Je ne connais qu'un seul exemple bien constaté de thrombus de la vulve, hors l'état de grossesse, et c'est Hunter qui le rapporte.

« Mme B*** tombe, dit-il, à la renverse sur un seau qui était derrière elle. La grande lèvre gauche porta sur l'anse du seau, et supporta tout le poids du corps. Cinq minutes après la chute, cette partie qui avait été contuse, devint le siége d'une tumeur considérable avec fluctuation. Étant porté à croire qu'une petite artère avait été rompue et donnait lieu à l'extravasation du sang, je saignai la malade et je fis appliquer des cataplasmes sur la tumeur pour diminuer la distension de la peau. *Je me gardai bien de l'ouvrir, craignant que l'hémorrhagie, suspendue par la pression que le sang extravasé exerçait sur le vaisseau rompu, ne vînt à reparaître.* Quelques heures après l'accident, elle s'ouvrit d'elle-même, et il sortit une assez grande quantité de sang. Les cataplasmes furent continués. A chaque pansement, il s'écoulait du sang dont la quantité diminuait de jour en jour. La contusion avait été si forte qu'une partie de la peau tomba en gangrène, et la séparation de l'eschare vint agrandir l'ouverture du foyer. Au bout de quinze jours, il ne restait qu'une plaie superficielle ayant un pouce de longueur sur un demi-pouce de largeur (*Traité sur le sang, etc., tom.* II. *p.* 15). »

Quoi qu'en dise Hunter, il n'est pas probable que dans ce cas le sang ait été fourni par une artère ; ce n'est point de la sorte que se terminent les lésions du système artériel, et la manière dont la guérison s'est effectuée me porte à croire qu'il y avait seulement rupture d'une ou de plusieurs veines. L'élasticité différente de la peau et du tissu veineux permet facilement de comprendre pourquoi la première a résisté d'abord à la cause vulnérante pour ne céder ensuite qu'à une grande distension. Ce fait présente une analogie parfaite avec les tumeurs sanguines qui surviennent dans toute autre partie du corps par suite de contusion.

Voici une observation qui a quelque rapport avec celle de Hunter.

Une fille adulte tomba sur le pommeau d'une chaise, se déchira profondément une des grandes lèvres, la petite lèvre du même côté et une partie du vagin. Une hémorrhagie considérable suivie de syncopes alarmantes fut le résultat de cette blessure. On fit appeler M. Sédillot jeune, qui arrêta promptement l'effusion du sang en tamponnant le vagin. La suppuration s'établit peu de jours après, et la guérison ne se fit pas attendre (*Journal général,* tome Ier, page 459.)

Il n'y eut point de thrombus dans ce fait, sans doute parce que la peau se trouva largement déchirée. Mais la cause est la même que celle mentionnée par Hunter, et l'abondance de l'hémorrhagie montre combien le système vasculaire de ces parties est développé, avec quelle facilité il verse le sang. Plusieurs syncopes avaient eu lieu lors de l'arrivée de M. Sédillot, et cependant l'hémorrhagie n'était point due à l'ouverture d'une artère. Les hémorrhagies artérielles ont des caractères que l'auteur n'eût point manqué de signaler s'ils eussent existé.

S'il pouvait rester quelque doute après la lecture de ce fait, il suffira de lire l'observation suivante.

Une femme âgée de vingt-quatre ans était heureusement accouchée de son premier enfant, après un travail de cinq à six heures. La délivrance avait eu lieu naturellement, lorsque, trois heures après, il survint des accidents qui firent soupçonner une hémorrhagie. En effet, l'utérus tombé dans l'inertie renfermait des caillots dont on fit l'extraction. Des applications froides sur les cuisses et l'hypogastre accélérèrent le retour de la matrice sur elle-même. Cependant l'hémorrhagie continuait, la malade était extrêmement pâle et faible ; on fit des recherches pour savoir d'où provenait le sang ; on reconnut qu'il était fourni par une veine variqueuse de la nymphe droite. Il sortait aussi abondamment que si cette veine eût été ouverte avec la lancette ; on tamponna avec un morceau d'agaric. L'hémorrhagie s'arrêta ; la malade s'est fort bien rétablie.

Ce fait s'est passé à l'hospice de la Maternité de Paris en 1809.

La source de l'hémorrhagie ne fut pas douteuse. Le sang était fourni par une veine. L'affaiblissement de la malade était considérable ; il est vrai qu'il y avait eu une perte utérine. C'est une complication remarquable et dont la connaissance peut être utile dans les cas où la matrice étant contractée, le sang continue de couler. La manifestation de l'hémorrhagie, trois heures après la délivrance, est digne de remarque. Sans doute que le passage de l'enfant aura seulement affaibli la paroi de la veine variqueuse, et que la rupture de cette veine aura eu lieu par l'accumulation plus considérable du sang qui s'y sera fait, en raison de la perte de ressort de ses parois, de l'impossibilité où elle se sera trouvée d'aider à la circulation de ce sang.

Les thrombus de la vulve, rares dans l'état de

vacuité de la matrice, s'observent plus fréquemment pendant la grossesse. Dans ce dernier cas, on a vu plusieurs fois des épanchements sanguins considérables se former tout à coup dans les grandes lèvres.

« Une femme, d'un tempérament sanguin et d'une vivacité extrême, se refusa constamment à la saignée pendant le cours de sa grossesse, malgré le besoin qu'elle en avait et les sollicitations réitérées qui lui furent faites pour l'engager à s'y soumettre.

Le 17 janvier 1803, cette dame éprouva subitement, sur les cinq heures de l'après-midi, une douleur violente à la grande lèvre gauche, qui, dans un instant, devint énorme et s'ouvrit spontanément, ne pouvant contenir la grande quantité de sang qui y abordait. Des dames du voisinage accoururent aux cris d'alarme, et se persuadèrent, à l'aspect de cette grosse tumeur accompagnée de perte de sang, que la tête de l'enfant se présentait, et que cette dame accouchait. Je fus appelé sur-le-champ. Comme on ne me trouva point chez moi, on courut chez un de mes collègues, qui se rendit de suite auprès de la malade; j'y arrivai très-peu d'instants après. Nous trouvâmes une tumeur d'un brun noirâtre, de la grosseur de la tête d'un enfant à terme, occupant toute l'étendue de la grande lèvre gauche, déjetée de dedans en dehors, la nymphe du même côté presque entièrement effacée, sans pouvoir trouver la moindre trace de l'ouverture de la tumeur, que nous présumâmes s'être faite dans la vulve, d'après le caillot que nous y trouvâmes.

Nous n'eûmes aucun doute sur la nature de cette tumeur toute sanguine, et nous attribuâmes sa formation à la crevasse de quelque veine variqueuse profondément située dans l'épaisseur de cette grande lèvre.

La dame souffrait beaucoup; nous crûmes qu'au moyen de mouchetures sur la tumeur, nous opérerions un dégorgement qui pourrait soulager la malade: elles n'eurent aucun succès et les douleurs devinrent plus fortes. Le soir sur les neuf heures, la malade fut saignée, et malgré que nous n'eussions pas grand espoir d'obtenir la résolution de cette tumeur, nous fûmes d'avis de la couvrir d'un cataplasme fait avec parties égales d'eau et de vin, de feuilles de roses et de mie de pain. Elle ne put supporter ce topique, ni même l'application de compresses trempées dans une décoction émolliente.

Le lendemain matin, la tumeur ne nous parut pas avoir diminué de volume; nous appliquâmes autour vingt-cinq sangsues, sans le plus léger dégorgement, ce qui nous décida à réitérer la saignée qui ne nous donna pas de meilleur résultat; et nous fûmes réduits, la malade ne pouvant supporter les compresses émollientes, à n'employer que des lotions de cette même décoction, légèrement animée par l'alcool faible et camphré.

Dans cet état de choses, la tumeur ne faisant pas de progrès, nous prescrivîmes un régime antiphlogistique, et je fus chargé seul le troisième jour, de conduire cette maladie peu ordinaire, et fort désagréable, au terme de la grossesse.

Le 4e, point de changement; le 5e, la tumeur s'affaissa; le 6e, la peau de la face interne de la tumeur, la nymphe comprise, qui était désorganisée, se sépara en partie, et laissa voir un gâteau sanguin.

Pendant les 7e, 8e, 9e, 10e et 11e jours, toute la partie désorganisée tomba complétement, et me permit de retirer à chaque pansement des 11e et 12e jours, une grande quantité de sang coagulé. Ce sang était contenu dans les cellules du tissu cellulaire, parfaitement écartées, remplies d'un caillot chacune, séparées en cases particulières par une lame cellulaire très-fine, d'un brillant vitré, que je détachai à l'aide d'une cuiller à café qui me servait à enlever chaque caillot en particulier.

Le 12e jour, au pansement du soir, la tumeur tout à fait vidée des caillots et détergée par des injections faites lentement avec une décoction de racines de guimauve, présenta des bourgeons charnus de bonne nature; elle offrait une étendue de près de cinq pouces de longueur, sur près de deux pouces de large.

La malade fut pansée deux, trois, quatre fois par jour et plus, avec un gâteau de charpie bien souple, pour remplir la caverne que présentait la grande lèvre, et enduit de cérat quelquefois opiacé, par rapport à la grande sensibilité des parties.

Ce qui tourmenta beaucoup la malade et fit renouveller souvent les pansements pendant le cours du traitement, fut le contact de l'urine à sa sortie du méat urinaire, soit en passant sur les bords de la plaie, qui cependant étaient garantis par un linge enduit de cérat, soit en pénétrant les pièces d'appareil. La malade aurait pu éviter ces douleurs, du moins en très-grande partie, en supportant l'introduction d'une sonde dans la vessie, ce qu'elle ne voulut jamais permettre, malgré mes instances journalières, et en plaçant dans la vulve une éponge très-souvent renouvelée, qui aurait absorbé le peu d'urine qui aurait coulé à la sortie de la sonde, ou bien la sonde élastique à demeure, faisant toujours usage des éponges.

Le dix-huitième jour qui suivit l'apparition de la tumeur, cette dame accoucha d'un gros enfant, sans éprouver de fortes douleurs aux parties malades; et le vingt et unième jour après l'accouchement, elle fut complétement guérie.

Cette observation appartient à M. Massot, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Perpignan, qui l'a communiquée à l'Académie royale de Médecine.

La tumeur est survenue spontanément, sans cause apparente. M. Massot pense qu'il existait un

état variqueux de la grande lèvre gauche; ce qu'il y a de certain, c'est qu'il y avait des varices à la cuisse de ce côté. On conçoit facilement que la pléthore a pu, en augmentant la distension des vaisseaux déjà affaiblis, en amener la rupture. Ce n'est pas seulement dans des varices des parties génitales qu'une pareille déchirure ne reconnaît quelquefois d'autre cause que la pléthore, et si c'était ici le lieu, je ne serais pas embarrassé pour en faire connaître plusieurs exemples.

Quoi qu'il en soit, il est arrivé plusieurs fois pendant la grossesse que des contusions ont donné lieu à de pareilles tumeurs sanguines des grandes lèvres, soit qu'il y ait eu ou non des varices dans ces parties.

J'ai vu, dit Berdot, une tumeur sanguine des grandes lèvres chez une femme grosse de sept mois, qui s'était heurtée contre le bout d'un timon de charriot. La tumeur, qui, en peu de temps, devint très-volumineuse, fut ouverte avec la lancette; il en sortit quelques verres de sang en partie coagulé. En peu de jours, la femme a été guérie sans accidents. (*Abrégé de l'art d'accoucher*, t. II, p. 523.)

Casaubon rapporte qu'une femme de trente ans, grosse de sept mois, reçut sur les fesses un coup de pied qui la renversa. A l'instant même il parut au bas de la vulve une petite tumeur qui égala promptement la grosseur d'une tête d'enfant. La sage-femme qui fut mandée ayant fait mettre la malade au lit, et s'étant assurée que ce n'était ni la poche des eaux, ni la tête de l'enfant qui formait la tumeur, l'attribua à un renversement du vagin et voulut en faire la réduction. Mais cette poche se creva du côté gauche, ce qui donna issue à un caillot énorme, suivi d'une hémorrhagie à laquelle la malade succomba bientôt. Après avoir pratiqué l'opération césarienne, au moyen de laquelle il retira un enfant vivant, Casaubon rechercha d'où pouvait provenir l'hémorrhagie. Le placenta était adhérent partout. Il ouvrit la poche d'où le sang était sorti. Il y introduisit la main, et reconnut que le foyer était entre le vagin et les parties circonvoisines, qui en avaient été écartées par le sang. (*Journal général de Médecine*, t. Ier, p. 456.)

Il n'est pas certain que, dans ce fait, la contusion ait été exercée sur les grandes lèvres et le vagin, non plus que dans l'observation suivante, rapportée par Peyrilhe sous le nom de hernie variqueuse.

Le 28 mai 1772, une femme grosse de six mois, juchée sur une chaise d'un pied de haut, le bras fortement étendu pour atteindre un corps éloigné, se laisse doucement tomber sur le carreau; elle se relève, ne sent pas qu'elle se soit blessée, et cependant se voit inondée de sang. La sage-femme accourt, juge que le sang provient de l'utérus, et me fait appeler. J'arrive cinq quarts-d'heure après l'accident. La femme était déjà morte, noyée dans son sang. Je pratiquai l'opération césarienne. En cherchant la source de l'hémorrhagie, je reconnus qu'elle ne provenait en aucune manière de la matrice; mais la grande lèvre droite de la vulve était tuméfiée, violette, infiltrée de sang et déchirée transversalement dans l'étendue d'un pouce. En portant le doigt dans cette déchirure, je tombai dans un sac qui pouvait contenir trois onces de liquide, entrecoupé de petites brides celluleuses, et rempli de caillots de sang noir. (*Histoire de la chirurgie*, t. II, p. 784.)

La manière dont la chute a eu lieu, l'absence complète de douleur après cette chute, portent à croire que la commotion qui en est résultée et peut-être l'allongement forcé du bras, ont été la cause de la rupture d'un vaisseau sanguin, dont les parois se trouvaient sans doute extrêmement amincies. Cependant il n'est pas impossible que la grande lèvre ait porté contre la chaise, ou même qu'elle ait été froissée contre le plancher.

Ces réflexions sont applicables à un autre fait observé par Casaubon, dans lequel la tumeur sanguine est survenue à la suite d'une chute sur les fesses. Mais le même praticien en a rencontré un troisième dans lequel la violence a porté dans un point assez éloigné du siége du mal, pour prouver que la commotion seule, l'ébranlement, ou peut-être un refoulement brusque du sang dans des parties voisines, ont pu y donner lieu. Cette violence n'était autre chose qu'un coup de poing sur le ventre.

Dans ce dernier cas, et probablement dans ceux qui précèdent, il existait sans doute une prédisposition très-grande, une dilatation variqueuse considérable d'une ou de plusieurs veines, et quoique l'état variqueux ne soit pas mentionné, il serait difficile sans lui de se rendre raison de semblables déchirures, et surtout de pertes de sang aussi abondantes.

Le fait suivant me paraît devoir être rapproché des précédents. Quoiqu'il n'offre ni tumeur du vagin, ni gonflement des grandes lèvres, il présente avec eux la plus grande analogie; il peut servir à faire comprendre le mécanisme de leur formation.

Une femme de campagne, âgée de trente ans, d'une forte constitution, étant dans le cinquième mois de sa quatrième grossesse, monta sur une charette qui se rendait à la ville, distante de son domicile d'environ deux lieues. Pendant la route, sur un chemin caillouteux, brisé par des ornières profondes, cette femme se plaignit plusieurs fois que la violence des secousses et des cahots de la voiture lui causait de grandes douleurs, surtout au côté droit de l'abdomen. Cependant elle eut le courage d'y résister; à son arrivée à la ville, elle se mit sur un lit pour se reposer de ses fatigues; mais bientôt il survint des faiblesses, des défaillances, des sueurs froides, et cette femme mourut tranquillement dans l'espace de trois heures. A l'ou-

verture du corps, qui fut faite par Leroux, de Dijon, nous trouvâmes l'utérus arrondi, développé comme il l'est au terme de quatre à cinq mois de grossesse; il occupait la région hypogastrique, et contenait un fœtus que nous jugeâmes d'environ cinq mois de conception : cet organe, ainsi que les viscères des différentes cavités splanchniques, ne nous présentèrent aucune altération remarquable; mais il y avait dans la partie profonde de l'abdomen, du côté droit, sous le péritoine, une grande quantité de sang noir en partie fluide, en partie coagulé, qui était infiltré, ramassé en un foyer, et formait une longue et large tumeur qui, de la fosse iliaque du côté droit, s'étendait jusqu'à la hauteur du rein, et avait près de cinq pouces de largeur; nous évaluâmes à plus de trois livres la quantité de sang extravasé, et après avoir nettoyé, abstergé autant qu'il fut possible ce vaste foyer, nous reconnûmes évidemment que l'effusion du sang avait été produite par la rupture d'une des veines de l'ovaire droit, veines qui toujours sont fort dilatées pendant la grossesse, surtout chez les femmes qui ont déjà eu plusieurs enfants. (*Chaussier, Mémoires et Consult. de médecine légale, etc.*, Paris, 1824, p. 397.)

Cette observation, ai-je dit, me paraît devoir éclairer beaucoup la théorie des tumeurs sanguines de la vulve : en effet, elle montre la dilatation des veines comme cause prédisposante, les secousses occasionnées par les cahots d'une voiture comme cause déterminante de la rupture d'une de ces veines : enfin, elle fait voir qu'une pareille rupture peut laisser épancher dans le tissu lamineux une quantité assez considérable de sang pour que la mort s'en suive, sans qu'il s'écoule une seule goutte de sang au dehors, sans qu'on puisse supposer qu'une compression quelconque sur cette veine au-dessus de la déchirure a intercepté la circulation, a forcé le sang à s'échapper malgré la résistance des parties et la coagulation de celui qui était déjà sorti de ses vaisseaux.

Les thrombus de la vulve et du vagin peuvent survenir pendant le travail de l'enfantement. Un assez grand nombre de faits le démontrent.

Je fus appelé par un de mes confrères, dit M. Sédillot, pour secourir une femme chez laquelle il était survenu subitement un gonflement énorme à la vulve, à l'instant où elle se livrait aux efforts qui semblaient devoir terminer l'accouchement. La tête du fœtus était déjà apparente, lorsque les grandes lèvres devinrent tout à coup volumineuses et si rapprochées, qu'il ne fut plus possible de voir ni de toucher la tête, et les douleurs semblaient presque éteintes. La rapidité avec laquelle la tumeur s'était formée, et la couleur bleuâtre de la face interne des grandes lèvres, dénotaient clairement qu'elle était de l'espèce des thrombus.

Le gonflement s'opposait fortement à l'accouchement, en bouchant en quelque sorte le passage, et la femme paraissait d'ailleurs très-fatiguée. On crut devoir donner issue au sang en déchirant du bout des doigts l'une et l'autre grande lèvre du côté de l'intérieur de la vulve, ce qui se fit aisément à cause de la tension et de la ténuité de la membrane interne. On déchira de même plusieurs cellules qui formaient autant de poches. Il sortit d'abord des caillots, et ensuite du sang fluide en assez grande quantité pour opérer le dégorgement et la détumescense des parties. On put bientôt toucher la tête du fœtus et la découvrir de nouveau, comme avant l'accident, de sorte que l'accouchement se fit à l'aide de quelques douleurs secondées de l'action du levier. (*Journ. génér.*, t. Ier, p. 460.)

Dans ce fait, dont la cause n'est point mentionnée, l'épanchement avait son siége dans les deux grandes lèvres ; il y avait double tumeur ; il arrive bien plus souvent qu'un seul côté de la vulve soit infiltré de sang, qu'il n'y ait qu'une seule tumeur.

J. Veslingius, dans une lettre qu'il écrivit en 1647 à G. Volkamerus sur les erreurs des accoucheurs, rapporte avoir vu autrefois deux femmes chez lesquelles du sang s'était épanché entre les membranes du vagin pendant un accouchement difficile, au point de former dans la grande lèvre une tumeur énorme : on ouvrit ces tumeurs, mais on n'évacua que peu à peu le sang, qui était noir, et les femmes se rétablirent. (*J. Veslingii, Observ. anat. et epistolæ med., etc., editæ a Th. Bartholino*, p. 168.)

J'aurai occasion plus loin de citer plusieurs autres observations semblables. Je vais en ce moment en rapporter une de Lentin, dans laquelle on voit que l'épanchement sanguin avait son siége dans les petites lèvres. Ces replis étaient tellement gonflés par du sang extravasé, que chacun d'eux ressemblait à une grande vessie remplie de sang noir. Il existait une obliquité antérieure considérable de l'utérus. L'enfant se présentait par les fesses, comme cela avait déjà eu lieu dans deux couches précédentes. Cependant, des douleurs très-fortes poussaient l'enfant dans le fond du bassin, où toutes les parties se trouvaient tuméfiées par le sang qui y stagnait, et prêtes à se rompre. Il se fit à l'une des nymphes une ouverture profonde, par laquelle il s'échappa au moins cinq livres de sang. Lentin fut appelé au secours de cette femme ; il la trouva très-faible, assoupie, tourmentée d'un hoquet, ayant les extrémités froides et de fréquentes défaillances. Le sang coulait abondamment par l'ouverture qui s'était faite, lorsqu'on ne comprimait point de part et d'autre avec les doigts. On tamponna avec de la charpie imbibée d'esprit-de-vin : mais l'hémorrhagie ne put être totalement arrêtée, et la mort eut lieu avant l'extraction de l'enfant, qu'on avait cru devoir retarder en raison des convulsions et des défaillances de la femme. (*Memorabilia*, p. 92.)

Ce n'est pas ici le lieu d'examiner la conduite

tenue par Lentin dans cette occasion, d'apprécier les motifs qui l'engagèrent à retarder l'extraction de l'enfant, et de faire voir que les convulsions, les défaillances et la persistance de l'hémorrhagie devaient faire accélérer plutôt que retarder la terminaison de l'accouchement. Je reviendrai sur ce sujet.

Avant d'arriver aux thrombus qui surviennent après la délivrance, je dois faire connaître un fait unique, peut-être, dans les annales de la science.

Une femme âgée de vingt-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, ayant beaucoup d'embonpoint, de stature petite avec le bassin très-évasé, avait eu une grossesse assez pénible. Le travail de l'enfantement marcha avec peu de rapidité, les eaux s'écoulèrent de bonne heure, le fœtus présentait les fesses. Il devint nécessaire de dégager les pieds et d'extraire l'enfant : ce qui fut fait avec la plus grande facilité par M. Ané. Cet enfant était mort : pendant qu'on cherchait à le rappeler à la vie, la mère ressentit de nouvelles douleurs ; il y avait dans la matrice un second enfant qui présentait le sommet de la tête au détroit supérieur dans la première position. La tête s'engageait dans l'excavation, et on espérait qu'elle ne tarderait pas à être expulsée, lorsqu'on s'aperçut de la présence d'une tumeur sanguine sans pulsation, qui faisait saillie à la partie postérieure et supérieure du vagin, et qui avait pris naissance dans le tissu cellulaire situé entre le sacrum et la face postérieure du rectum, ce dont on s'assura en portant le doigt dans cet intestin. En peu d'instants cette tumeur acquit un volume énorme ; elle refoulait en avant la partie postérieure du vagin, en obstruait toute la cavité, envahissait le tissu cellulaire de la fesse gauche, et la grande lèvre du même côté était gonflée au point qu'elle paraissait prête à se rompre.

On appela en consultation le célèbre Baudelocque : on convint qu'il fallait terminer l'accouchement ; mais on reconnut qu'on ne pouvait le faire qu'après avoir évacué le sang qui formait la tumeur, cette tumeur bouchant, pour ainsi dire, le passage, et rendant impossible l'introduction de la main ainsi que la sortie du fœtus. Pour cela, on fit à la grande lèvre gauche une incision longitudinale d'un pouce et demi d'étendue : cette incision donna issue à environ quatre onces de sang fluide, et à quelques caillots. On introduisit ensuite le doigt dans la plaie aussi profondément qu'on le put, on le promena en différents sens pour rompre les cellules, et on obtint par cette manœuvre une nouvelle quantité de sang coagulé, qui fut évaluée à sept ou huit onces.

La tumeur qui proéminait dans le vagin étant affaissée, on put faire l'extraction de l'enfant en allant chercher les pieds ; malgré la promptitude avec laquelle la version fut exécutée, l'enfant était mort. On opéra de suite la délivrance qui ne présenta rien de particulier.

La malade fut maintenue à un régime sévère et mise à l'usage des délayants. Toutes les heures on faisait sur la vulve des lotions avec du vin tiède étendu d'eau. La nuit se passa sans sommeil, mais avec peu de douleurs.

Le deuxième jour, le ventre était douloureux, légèrement tendu ; le poids des couvertures sur cette partie ainsi que sur les cuisses était insupportable, le pouls dur, petit et fréquent, la langue rouge et sèche, la soif extrême. Le sang ne cessait pas de couler par la petite plaie et par la vulve ; cette dernière partie était tuméfiée, douloureuse ; la lèvre gauche, la fesse du même côté et la circonférence de l'anus étaient fortement ecchymosées.

On fit faire sur le ventre des fomentations émollientes; on prescrivit des lavements de même nature, des injections dans le vagin avec la décoction d'orge et de miel rosat.

La journée se passa assez bien; la nuit fut calme; il y eut un peu de sommeil qui se serait sans doute prolongé si la malade n'eût point été tourmentée vers le matin par le besoin de rendre ses urines, qu'elle ne put satisfaire.

Le troisième jour, la malade fut sondée trois fois ; la sensibilité du ventre était moindre ; la révolution laiteuse se fit complètement. Les mêmes moyens furent continués.

Le 4[e] jour, pas de fièvre, ventre moins sensible; quelques eschares superficielles, blanchâtres paraissent à la vulve. Les urines n'ayant point repris leur cours, on mit à demeure dans la vessie une sonde de gomme élastique.

Le 7[e] jour, plus de sensibilité au ventre ni aux cuisses; chute des eschares de la vulve, écoulement par le vagin et la plaie d'une sérosité sanguinolente ; la sonde fut ôtée et la malade put uriner facilement.

Le 11[e] jour, cessation de la fièvre ; l'écoulement qui se fait par la vulve et la plaie, est plus lié, plus abondant ; les plaies superficielles provenant de la chute des eschares ont une couleur vermeille et marchent vers la cicatrisation ; on permet des bouillons plus nourrissants.

Le 15[e] jour, tout allait de mieux en mieux ; les ecchymoses de la grande lèvre, de la fesse et des environs de l'anus avaient disparu, après avoir régulièrement parcouru les différentes périodes de la résolution ; des aliments de facile digestion soutenaient les forces au point que la malade put rester levée pendant quelques heures. Cependant l'écoulement de la vulve et de la plaie avait une odeur forte, était abondant, mais en même temps bien lié et de couleur blanchâtre. On ajouta au régime alimentaire quelques cuillerées de vin de Bordeaux.

Ce mieux se soutint encore pendant quelques jours ; mais bientôt l'appétit se perdit ; les forces

diminuèrent; l'écoulement devint ichoreux, la fièvre reparut avec exacerbation le soir, le corps se couvrit d'une éruption miliaire blanchâtre. On était parvenu à modérer les accidents, on espérait en triompher, lorsque bientôt ils reparurent avec plus d'intensité et conduisirent la malade au tombeau le cinquante et unième jour après son accouchement.

J'ai dit que ce fait était peut-être unique dans les fastes de l'art. A la vérité, il existe un autre fait de thrombus dans un cas de grossesse double. Dans ce fait dû à Dewees, comme dans celui que je viens de rapporter, l'accident est survenu lorsque le travail d'expulsion du second enfant était commencé. Il serait difficile de décider s'il a été la suite du premier travail, ou s'il est dû au second, s'il serait survenu dans le cas où il n'y aurait eu qu'un enfant. Ces deux faits peuvent être rangés et dans ceux qui ont eu lieu pendant le travail de l'enfantement, et dans ceux qui sont survenus après. Mais dans l'exemple que je viens de faire connaître, il paraît que l'épanchement a commencé derrière le rectum. On s'en est assuré par le toucher. Malheureusement on ne dit pas si le sang s'est propagé de là entre le rectum et le vagin, ou bien si la tumeur a seulement poussé au-devant d'elle les deux parois de l'intestin et la paroi postérieure du vagin de manière à obstruer le canal de ce dernier. Sous ce rapport l'observation manque de détails; toujours est-il que je n'ai trouvé rien de semblable dans toutes celles qui sont parvenues à ma connaissance, et qu'en ce point elle est unique.

La mort de la malade survenue au cinquante et unième jour, précédée de fièvre avec redoublement le soir, d'éruption miliaire sur tout le corps, puis d'aphthes dans toute l'étendue du canal digestif, la persistance de l'écoulement par l'incision de la grande lèvre, la fétidité de cet écoulement me portent à penser que cette mort a été occasionnée par la décomposition putride des caillots qui n'avaient pas été expulsés; par l'absorption, le transport dans le torrent de la circulation de la matière ichoreuse qui en résultait. Peut-être qu'une large incision, et plus tard des injections, en facilitant la sortie de tout le liquide épanché, eussent prévenu cette terminaison funeste. Je reviendrai sur ce point à l'occasion du traitement.

Poursuivons en ce moment l'examen des circonstances dans lesquelles les thrombus de la vulve et du vagin peuvent se manifester.

C'est après la délivrance qu'on a observé le plus grand nombre de ces tumeurs, et alors elles n'avaient plus leur siége seulement dans les grandes et les petites lèvres; l'épanchement sanguin se prolongeait dans l'excavation pelvienne et quelquefois jusque dans les fosses iliaques.

« Le 22 août 1685, j'ai accouché, dit Mauriceau, une femme de trente-cinq ans de son premier enfant, qui était une grosse fille qui vint naturellement. La mère eut durant deux jours quelques fausses douleurs qui marquaient plutôt une disposition à travail qu'un véritable travail déclaré; après quoi il lui vint de bonnes douleurs qui la firent accoucher très-heureusement au bout de trois heures. Mais comme cette femme avait la lèvre droite de la vulve très-variqueuse, cette partie ayant souffert contusion par l'extrême compression qu'en fit la tête de l'enfant qui était fort dure et grosse, il s'y était amassé en trois ou quatre heures de temps, une si grande abondance de sang extravasé par la rupture de quelques vaisseaux, qu'elle se tuméfia de plus de la grosseur du poing; ce qui causa une si insupportable douleur à la malade, que je fus obligé d'y faire une ouverture avec la lancette, pour en tirer plus de deux palettes de gros sang caillé, qui étant retenu aurait indubitablement causé dans la suite un fâcheux abcès en cette partie, si je n'y eusse promptement remédié, comme je fis au grand soulagement de la malade qui ne sentit plus aucune douleur, aussitôt que je lui eus fait cette opération et se porta bien ensuite. » (*Observ. sur la grossesse*, etc., page 334.)

On voit que l'épanchement avait son siége dans une des grandes lèvres seulement; il était bien plus étendu dans l'observation suivante :

Un femme dont les parties extérieures de la génération étaient parsemées de tumeurs variqueuses, fut à peine délivrée qu'elle ressentit de nouvelles douleurs qui lui parurent plus fortes que celles de l'accouchement, et qui l'obligèrent de rappeler Solayrès qui venait de la quitter. Présumant que des caillots retenus dans la matrice étaient la cause de ces douleurs, il voulut s'en assurer par le toucher; mais il trouva l'ouverture de la vulve obstruée au point que le doigt ne put pénétrer dans le vagin. En découvrant la femme, il vit que les grandes lèvres tuméfiées étaient déjetées de dedans en dehors, les nymphes comme effacées et le bas du vagin renversé; que toutes ces parties étaient tendues et d'une couleur qui dénotait une infiltration sanguine. Des lotions émollientes et résolutives, des cataplasmes sur les parties les plus douloureuses furent les moyens qu'on employa. Après plusieurs jours, le vagin devint accessible au doigt, les douleurs diminuèrent, les lochies reparurent et la tumeur s'affaissa. Il s'écoula alors par la vulve beaucoup de matière sanguinolente qui parut provenir du dégorgement du tissu cellulaire infiltré, autant que des lochies retenues dans la matrice par suite du gonflement. Cependant Solayrès ne put reconnaître par le toucher aucune ouverture accidentelle. (*Baudelocque, Art des accouch.* Tom. II, page 199.)

Le foyer était considérable ; le sang extravasé et épanché distendait non-seulement les grandes lèvres, le périnée, mais encore il avait pénétré dans les mailles du tissu lamineux qui environne le vagin, au point d'effacer la cavité de ce canal.

Boer rapporte un fait dans lequel l'infiltration sanguine s'étendait encore bien plus loin, et la mort de la femme a permis de constater les désorganisations qui en furent la suite.

Une femme, d'une constitution lymphatique, âgée de vingt ans, était heureusement accouchée de son premier enfant. Peu de temps après, il survint une violente hémorrhagie pendant laquelle la délivrance eut lieu. L'hémorrhagie persistant, quoique l'utérus fût contracté, forma un globe très-dur au-dessus du pubis. Boër voulut rechercher d'où provenait le sang : il retira beaucoup de caillots du vagin, et le toucher lui fit découvrir sur le côté droit de ce canal, à trois pouces environ de son extrémité inférieure, une ouverture arrondie, à bords frangés, pouvant à peine recevoir l'extrémité du doigt; il sentait au-dessus de cette ouverture une tumeur très-volumineuse, qui occupait toute la partie supérieure du vagin, et paraissait même s'étendre plus loin. L'utérus était contracté; l'écoulement du sang avait lieu manifestement par la déchirure du vagin; on parvint à l'arrêter à l'aide d'injections et de styptiques. Il n'y avait aucun gonflement, aucun changement de couleur aux parties externes de la génération.

Le troisième jour, la peau de la grande lèvre droite, celle d'une partie de la fesse jusqu'à l'anus, avait une teinte livide; il y avait très-peu de gonflement. La tumeur qui se trouvait à l'extrémité supérieure du vagin avait un peu diminué de volume, et n'occasionnait de douleur que quand on y touchait. Il s'écoula par la déchirure une grande quantité de sang fétide et de sérosité sanguinolente. Boër put reconnaître avec le doigt qu'il existait en dehors du vagin une cavité remplie de sang en partie coagulé, en partie dans un état de dissolution; il ne parvint cependant pas à mesurer la profondeur de cette cavité; mais à l'aide de légères pressions et d'une position convenable, il put faire sortir beaucoup d'ichor. Croyant qu'il était utile de connaître toute l'étendue du mal, il introduisit dans le foyer une des sondes dont on se sert pour vider la vessie chez l'homme; il y introduisit également le conducteur qu'il a imaginé pour conduire des tentes jusque dans l'utérus : il fut fort étonné de voir que ces instruments, après avoir pénétré de toute leur longueur, pouvaient être dirigés en tous sens, sans que la malade en ressentît de la douleur : bien plus, lorsqu'on dirigeait en haut l'extrémité du conducteur et de la sonde, on voyait distinctement et on sentait avec le doigt cette extrémité se promener dans une grande étendue sous la peau, au-dessus du bord supérieur de l'ilion.

Pendant quatre semaines on employa des injections, on prescrivit une nourriture succulente, un peu de vin, la décoction de quinquina et d'autres médicaments; on fit garder à la malade une position propre à favoriser la détersion du foyer. Durant quatorze jours ou environ, la suppuration fut de bonne qualité. Les forces se soutinrent : il sortit par l'ouverture étroite de ce vaste foyer deux bandes de tissu cellulaire longues toutes deux de douze pouces, et larges de quatre à leur partie moyenne. On facilita leur sortie par de légères tractions. Vers le vingtième jour, la suppuration languit, l'ichor coula plus lentement, devint âcre, plus foncé en couleur; peu de temps après, les accidents s'aggravèrent tout à coup, et la malade mourut.

A l'ouverture du cadavre, on trouva que du côté droit le vagin était partout décollé des parties qui l'avoisinent. Le tissu cellulaire et la graisse qui entourent les muscles psoas et iliaque, qui se trouvent entre le releveur de l'anus, le péritoine et les autres parties jusqu'au rein droit, étaient détruits par la suppuration et la putréfaction. Ces parties étaient si parfaitement disséquées, que le plus habile anatomiste ne saurait mieux les préparer. Le fond de ce foyer était horrible à voir, plein de sanie et de sang. (*Natural. med. obstet., etc.*, vol. II, pag. 319.)

J'aurai occasion de revenir sur le traitement mis en usage, sur la nécessité prétendue de l'exploration du foyer à l'aide d'instruments. Je n'ai rapporté ce fait ici que pour montrer l'étendue des désordres qui peuvent être occasionnés par des épanchements dans le tissu cellulaire du bassin après l'accouchement. L'autopsie du cadavre a mis hors de doute tout ce que l'on avait pu reconnaître pendant la vie.

Les faits que j'ai rapportés jusqu'ici démontrent la possibilité des épanchements sanguins dans les grandes et les petites lèvres, dans le tissu cellulaire qui entoure et avoisine le vagin; ils font voir que ces épanchements peuvent se manifester durant l'état de vacuité de l'utérus, pendant la grossesse, pendant le travail de l'enfantement, après la délivrance, qu'ils peuvent être bornés à une seule lèvre, les envahir toutes deux, distendre les petites lèvres, le périnée, se propager dans l'intérieur du bassin; que dans quelques cas ils ont leur siége dans le tissu cellulaire du bassin sans s'étendre jusqu'à la peau.

La fréquence des thrombus de la vulve est aussi grande à droite qu'à gauche : Boër, qui les avait toujours rencontrés à droite, avait cru devoir en donner, sous forme de doute cependant, une explication. Voici ce qu'il dit à ce sujet : *Postremo adjungimus, in nostris exemplis periculum vaginæ semper in dextra pariete fuisse congestum. Forsitan, quod error frequentissime hunc locum occupet, juxtà alia inde derivatur, quia scilicet infantis plurimum supremus vertex cum fronte itentidem in dextrum matris conversus est; dehinc subsequens capitis solita evolutio ortui indignationis in hoc ipso latere faveat potissimum?* (Ouv. cité, page 328.)

Je ne m'arrêterai point sur cette explication, puisque la circonstance qui l'a amenée est inexacte : en effet, en examinant tous les faits publiés dans

lesquels le côté malade est spécifié, on trouve que le thrombus a eu lieu aussi souvent à gauche qu'à droite. On ne possède que peu d'exemples dans lesquels il a envahi les deux côtés en même temps, et plus rarement encore il a occupé tout le pourtour du vagin : j'en rapporterai plus loin un exemple curieux consigné dans l'ouvrage de Peu.

Rare dans l'état de vacuité de l'utérus, puisque je n'en ai trouvé qu'un seul exemple dans les auteurs, on l'a rencontré un grand nombre de fois pendant la grossesse, plus souvent encore pendant le travail de l'enfantement; mais c'est après la délivrance qu'il a été observé le plus fréquemment.

Il est facile, ce me semble, de se rendre raison de la fréquence différente du même accident dans les diverses circonstances que je viens d'indiquer.

Dans l'état de vacuité de l'utérus, on ne peut guère concevoir sans une violence extérieure la formation d'un épanchement sanguin dans l'une ou l'autre lèvre de la vulve, soit qu'il y ait ou non des varices dans ces parties. L'expérience montre tous les jours que la peau peut se conserver intacte à la suite d'une contusion, quoiqu'une veine située au-dessous se trouve ouverte. Il suffit d'ailleurs du défaut de parallélisme entre la blessure de la peau et celle de la veine, lorsque ces deux parties sont entamées.

Pendant la grossesse, c'est le plus souvent aussi une violence extérieure qui détermine un pareil épanchement : mais alors il n'est pas indispensable que la violence agisse directement sur les grandes lèvres : ces parties en effet sont exposées à devenir le siége de varices qui, pendant la grossesse, acquièrent un volume beaucoup plus considérable. L'affaiblissement qui en résulte dans la résistance des parois veineuses favorise la déchirure de ces parois, que peut occasionner, je pense, une forte commotion résultant d'une chute, le refoulement du sang par suite de la contraction brusque des muscles abdominaux, et même un obstacle à la circulation veineuse du bassin par le volume de l'utérus. Je conçois encore que, en pareil cas, le trouble de la circulation, qui est la suite d'un violent accès de colère, puisse occasionner la rupture d'une veine variqueuse.

Voyons ce qui se passe pendant le travail de l'enfantement. En parcourant les différentes observations que possède la science, de thrombus vulvaires survenus en ce moment, on voit qu'ils se sont toujours manifestés lorsque la tête ou les fesses du fœtus, parvenues au détroit inférieur du bassin, faisaient effort pour franchir la vulve. La rupture des vaisseaux sanguins n'a pu être occasionnée que par la distension considérable des parties molles, et on conçoit facilement qu'une veine prête moins que la membrane muqueuse ou la peau, ou par une accumulation trop grande de sang dans les vaisseaux. Cette accumulation considérable peut être due, ou à son refoulement brusque durant une contraction de l'utérus et des muscles abdominaux, ou à l'interception de son cours occasionnée par une compression exercée sur une des veines nombreuses qui s'observent à l'extrémité inférieure du vagin.

Causa extravasationis hæret in impedito per has partes, tempore dolorum, sanguinis versus centrum reditu; irruit hic itaque majori copia in vasa sanguifera, eaque cogit ut ultra tonum se dilatent, rumpantur, fluidum in ipsis contentum deponant, quod ad normam incrementi dolorum in tela cellulosa extravasatur, unde thrumbus oritur. (*Alix, observata chirurgica,* tom. 2, pag. 98.)

La rupture des vaisseaux est favorisée par une prédisposition particulière, notée par plusieurs observateurs, et qui consiste dans un état variqueux des veines.

Les tumeurs sanguines ont généralement pour cause, dit le docteur Meissner, la rupture d'un vaisseau veineux dilaté. Il rapporte à cette occasion que Seulen (1) a vu une tumeur sanguine de la vulve se former pendant les douleurs de l'enfantement, chez une femme robuste qui avait des varices sur toute la cuisse jusqu'aux lèvres de la vulve. Cette tumeur acquit le volume de la tête d'un enfant, finit par se rompre, et donna lieu à une hémorrhagie tellement violente, que la femme succomba peu de temps après avoir été délivrée par les secours de l'art.

L'affaiblissement des parois veineuses résultant de leur dilatation morbide, permet de concevoir aisément leur solution de continuité par un tiraillement considérable, ou par l'accumulation d'une quantité très-grande de sang, accumulation dont l'effet se comprendra encore plus aisément si l'on fait attention que tout le plexus veineux étant comprimé, le vaisseau sur lequel la compression sera plus forte ne pourra se dégorger dans les veines de communication.

Le séjour prolongé de la tête de l'enfant au détroit inférieur, les efforts violents de la femme, les contractions très-énergiques de l'utérus, me paraissent devoir mériter beaucoup moins d'importance. Tous les jours ces phénomènes s'observent sans qu'il en résulte de thrombus, et on a vu plusieurs fois ce dernier accident se manifester sans qu'il ait été précédé des circonstances que je viens de mentionner.

Berdot attribue les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin à la situation oblique de la tête de l'enfant, situation qui favorise, dit-il, l'écoulement prématuré des eaux, qui fait que la tête comprime fortement une portion du segment inférieur de l'utérus, détermine la contusion de cette partie, la déchirure de plusieurs petits vaisseaux ou d'un vaisseau volumineux : le sang alors

(1) *Von Siebolds Journal für Geburtshülfe*, etc.; vol. IX, cah. 1, p. 188.

s'épanche dans le tissu cellulaire voisin, y forme une tumeur qui devient d'autant plus considérable que les vaisseaux fournissent plus de sang.

A l'époque où Berdot écrivait, on croyait encore que la tête occupait au détroit supérieur du bassin, la même position qu'au détroit inférieur, c'est-à-dire que le plus souvent l'occiput était tourné directement en avant et la face en arrière. Aujourd'hui le mécanisme mieux connu de l'accouchement, apprend que dans la presque totalité des cas, la tête descend obliquement jusqu'au fond du bassin. Il n'est donc plus possible d'admettre l'explication donnée par cet auteur. Aucun fait ne prouve la possibilité des tumeurs sanguines à la surface interne de l'orifice de la matrice, dont il admet l'existence ; ce qu'il dit à cette occasion de la compression exercée par la tête du fœtus sur cette partie ne doit donc pas m'arrêter ; je ferai seulement remarquer que le tissu lamineux qui se rencontre dans l'épaisseur du col de l'utérus est si peu abondant, si serré, qu'il ne saurait permettre l'infiltration d'une bien grande quantité de sang, et en admettant une rupture veineuse de cette partie qui fournirait beaucoup de sang, il s'en suivrait bien plus aisément déchirure de la membrane muqueuse, et par conséquent hémorrhagie extérieure, qu'infiltration bien considérable. L'expérience est d'accord avec le raisonnement pour prouver que dans les thrombus de la vulve et du vagin, le sang ne provient point de la rupture des vaisseaux utérins ; en effet, aucun désordre n'a été signalé vers la matrice dans les différentes ouvertures de cadavres qui ont eu lieu. Wendelstædt crut cependant devoir émettre à ce sujet la même opinion que Berdot : il regarde les tumeurs sanguines des grandes lèvres comme un symptôme précurseur de la rupture de l'utérus ; il croit que cet organe n'est d'abord lésé que dans une petite portion de son étendue, que le sang s'y infiltre et descend ensuite par le tissu cellulaire dans les grandes lèvres. Cette opinion est principalement basée sur le fait suivant.

Chez une femme qui avait déjà eu plusieurs enfants, on observa une tumeur sanguine de la grande lèvre. Après la sortie de l'arrière faix, la sage-femme trouva entre les parties externes de la génération une portion de membrane. Le docteur Wendelstædt pense que cette partie n'appartenait point aux membranes de l'œuf, celles-ci étant intactes et recouvrant parfaitement bien le placenta : le lambeau qui se trouvait entre les parties génitales adhérait fortement à l'utérus ; c'était probablement, dit l'auteur, une portion de l'utérus lui-même dont le segment inférieur avait pu être déchiré. (*Hufeland Journal*, tom. XXXVI, Ann. 1813.)

Il serait facile en analysant ce fait, d'ailleurs rapporté bien incomplétement, de montrer que l'opinion de Wendelstædt, relativement à la nature du lambeau membraneux, est loin d'être démontrée : il est souvent fort difficile d'assurer après la délivrance que rien, absolument rien ne manque aux membranes de l'œuf, et lorsqu'il en reste quelques portions, ordinairement elles adhèrent fortement à l'utérus, et on se tromperait grossièrement, si, d'après cette adhérence, on les prenait pour des parties d'utérus déchiré. Le tissu de cet organe et celui des membranes de l'œuf se ressemblent-ils donc tellement, que l'aspect n'ait pu servir beaucoup à éclaircir le doute ? Il n'en est cependant pas fait mention. J'ajouterai qu'une déchirure de l'utérus, pareille à celle que suppose M. Wendelstœdt aurait dû donner lieu à une hémorrhagie extérieure bien plutôt qu'à une infiltration sanguine. En voilà assez, je crois, pour démontrer qu'on ne peut tirer aucune conclusion de ce fait.

Berdot attribue encore à la contusion des parois du vagin les tumeurs sanguines qui surviennent lorsque la tête du fœtus a franchi l'orifice de la matrice. Mais il doit y avoir autre chose qu'une contusion : car il n'y a pas d'accouchement, tel facile qu'il soit, qui ne s'accompagne d'une légère ecchymose dans les parois du vagin, et souvent dans les lèvres de l'orifice utérin. Chez toutes les femmes qui meurent dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, on trouve au vagin et au col de l'utérus une couleur violacée, livide, parfois noirâtre, qui en a quelquefois imposé, à des observateurs peu attentifs, pour des traces de gangrène. L'ecchymose est le résultat de la contusion, de la compression, de la distension de toutes les parties par le passage de l'enfant ; elle existe après tous les accouchements ; il y a loin de là aux tumeurs qui font le sujet de ce travail. La rupture d'un vaisseau assez considérable me paraît nécessaire pour les produire ; et dans le plus grand nombre des cas, si ce n'est dans tous, cette rupture me paraît devoir être favorisée par l'amincissement des parois veineuses, amincissement résultant de varices. Elle est déterminée, ou par la distension que l'enfant exerce sur toutes les parties, distension à laquelle les parois des veines peuvent se prêter moins facilement que la membrane muqueuse ; ou par l'accumulation outre mesure du sang dans les veines : cette accumulation peut être due aux contractions utérines ou musculaires, ou à la compression exercée par la présence de l'enfant. Lorsque l'utérus se contracte, le sang qu'il renferme doit refluer dans les vaisseaux voisins. La contraction des muscles abdominaux diminue la capacité du bas-ventre, comprime toutes les parties qui y sont contenues : de là résulte, stagnation, refoulement du sang dans les divisions de la veine cave inférieure, et partant dans celles qui occupent le bassin. La distension et la rupture de ces dernières s'expliquent aisément. Il en est de même lorsque l'enfant, en comprimant toutes les parties molles contre les os du bassin, arrête la circulation dans les veines ; ces vaisseaux, qui

reçoivent du sang des parties situées au-dessous du lieu où la compression s'exerce, se distendent et finissent par se rompre. *Capitulo diutiùs quam par est in vagina uteri permanente, comprimantur vasa lateralia necesse est, stagnet in illis liquor et ab adveniente semper a tergo novo fluido, conquassatis procul dubio vasis effluat, ita ut hiantia eorumdem ora liberius liquorem suum emittere queant, sicque veram labiorum ecchymosin constituere valeant.* (Kronauer, *Dissert. inaug.*, p. 16.)

L'action simultanée de la distension et de l'accumulation du sang doivent se rencontrer souvent.

Delius signale une cause d'un autre genre; c'est l'attouchement trop fréquent, trop brusque des parties de la génération. *Redit casus tumoris labii sinistri vulvæ in memoriam*, dit-il, *cui, quæ tunc temporis florebat, linariam cum butyro in unguentum redactam applicabant. Cum autem tumor fuerit merè sanguineus, intensissimos dolores secùm portans, lochiaque subsisterint, tertio die mors secuta erat.*

Imperita denique obstetricum admotio manuum, improvidè et graviter labia palpando tumoris pudendorum ratio esse potest. (*Amœnitates medicæ, decas quinta*, p. 394.)

Siebenhaar fait également mention de cette cause, de ces attouchements que des auteurs ont recommandés sous le nom de préparation des parties génitales. Il s'élève avec force contre ces manœuvres. Voici comme il s'exprime : *Quicumque enim obstetricum, neque ruro virorum, artem obstetriciam profitentium, rutionem quam ad vaginam dilatandam, et fœtui egressuro aptam, ut aiunt, reddendam vel ex libris, vel oculis ipsis cognoverit, profecto non mirabitur, quod hanc, præ reliquis causis accusatam, maximè castigandam esse censeo. Sole est clarius, ex hoc hominum rudium agendi modo infinita mala genitalibus parari debere. Nonne patet obstetriciorum ungues, variaque instrumenta, sive dilatatoriorum sive speculorum nomine insignias, eo consilio vaginæ immissa, ut partus secundùm eorum opinionem administretur, multis modis periculosa esse? Partes quæ per se maximè sensiles sunt, irritant et sollicitando illud apte se efficere somniinant, ad quod paragendum naturæ quiete, omniumque stimulorum absentia opus est. Vaginam, quam tueri student, inæquali vi diducunt, atque ita plagam, cujus prævavendæ iis est consilium, temerarii potiùs afferunt.* (*Dissert. inaug.*, p. 21.)

Ces réflexions sont de la plus grande justesse. Cependant, pour que les manœuvres dont il est question donnent lieu au thrombus de la vulve ou du vagin, il me paraît indispensable qu'il existe une prédisposition bien grande à cet accident, une dilatation des veines.

On a noté, dans plusieurs observations de tumeurs sanguines de la vulve et du bassin, un rétrécissement du bassin, un défaut de rapport entre les dimensions de ce canal osseux et le volume de l'enfant. On ne peut se refuser à voir dans cette conformation une cause prédisposante très-manifeste. La compression plus grande que l'enfant exerce sur les parties molles, l'interception plus complète de la circulation, doivent nécessairement favoriser la rupture des veines.

L'étroitesse naturelle du vagin et de la vulve, la rigidité de ces parties, doivent produire un effet de même nature. *Conformatio harum partium naturaliter arcta*, dit Kronauer; *quo magis itaque angustæ hæ viæ et minus promptè parturiens labores adjuvat, capitulo infantis in vagina diù existentce, eò faciliùs capitulum fœtus incarceratur.* (*Ouvr. cité*, p. 17.)

Toutes ces causes cessent d'exister après la sortie de l'enfant, et cependant c'est le plus souvent alors qu'on a observé les engorgements sanguins de la vulve et du vagin. Quelques détails vont faire comprendre facilement que les causes sont les mêmes dans les deux cas et que l'argument qu'au premier abord on prétendrait tirer contre la réalité de ces causes, est tout à fait illusoire.

Il y a deux éléments à considérer dans les thrombus de la vulve et du vagin, savoir : la rupture du vaisseau et l'extravasation du sang. Ces deux éléments peuvent survenir à des intervalles plus ou moins éloignés. En effet, si fréquemment il arrive que l'infiltration sanguine succède immédiatement à la rupture du vaisseau, il peut se faire aussi que la tête du fœtus, après avoir déchiré une des veines du vagin, reste appliquée contre l'ouverture de telle façon qu'elle s'oppose efficacement à la sortie du sang hors du vaisseau déchiré. Les choses demeureront dans cet état tant que la compression durera, et rien ne pourra faire soupçonner la rupture veineuse. Mais aussitôt que l'enfant sera expulsé, ce qui peut tarder beaucoup, une infiltration sanguine, un véritable thrombus aura lieu. La tumeur paraîtra alors d'autant plus rapidement, acquerra d'autant plus de volume que la veine ouverte sera plus volumineuse, que la déchirure sera plus étendue, que les parties opposeront moins de résistance à l'épanchement du sang.

On conçoit encore que pendant que la tête de l'enfant comprime le vaisseau déchiré, y suspend la circulation, il peut se former un caillot qui retardera l'effusion du sang durant quelques minutes, quelques heures après la terminaison de l'accouchement.

Il peut arriver que les causes dont j'ai parlé n'aient eu d'autre effet que d'affaiblir davantage la résistance des parois veineuses déjà affectées de varices. Après l'accouchement, la stagnation du sang dépendant du peu de résistance, du défaut d'action des veines, qui d'ailleurs se trouvent mal soutenues par les parties voisines, cette stagnation du sang pourra être suffisante pour achever la déchirure des veines.

Le docteur Meissner a vu une tumeur sanguine de la vulve se former deux heures après l'accouchement, par suite d'une toux violente. Certes, pareil accident n'eût pas eu lieu, si les parois des vaisseaux n'eussent été grandement affaiblies. C'est par le refoulement du sang dans les veines et par l'ébranlement du tronc que la rupture a été produite.

Ces considérations me paraissent suffisantes pour faire comprendre comment les tumeurs sanguines des grandes lèvres et du vagin sont plus fréquentes après que pendant l'accouchement, quoique les causes qui y donnent lieu agissent plus particulièrement pendant le travail de l'enfantement. J'ajouterai qu'on ne s'aperçoit de l'existence du thrombus que quand il a déjà acquis une certaine grosseur, et le volume qu'il est susceptible de prendre, contrarié par la présence de l'enfant, sera au contraire favorisé après sa sortie par l'extension outre mesure qu'a éprouvée tout le tissu cellulaire environnant. Le relâchement qui suit cette extension forcée est tel que ce tissu n'offre aucune résistance au sang qui pénètre avec rapidité dans toutes les cellules, les distend et souvent aussi les déchire.

Les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin ne paraissent pas plus fréquentes à la suite d'un premier accouchement, qu'après les accouchements subséquents. On le comprendra facilement en observant que si, lors d'un premier accouchement, la compression, la distension des parties sont plus grandes, d'une autre part, l'existence des varices est bien plus fréquente chez les femmes qui ont déjà eu plusieurs enfants.

Je ne connais que deux exemples de ces tumeurs chez des femmes enceintes de deux enfants. Dans les deux cas elles ont paru dans l'intervalle qui a séparé la sortie du premier enfant de la naissance du second. On pourrait croire au premier abord que les parties doivent être plus fatiguées lors des accouchements de jumeaux. Cependant, si on réfléchit que les jumeaux sont généralement moins volumineux que les enfants uniques, que les parties de la génération opposent fort peu de résistance au passage du second enfant, on verra pourquoi, à part la disposition plus ou moins grande aux varices, les accouchements de jumeaux doivent donner moins souvent naissance aux thrombus que ceux d'un seul enfant.

Je n'ai trouvé aucun fait de récidive des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin. Aucune des femmes dont l'observation a été publiée, n'avait été précédemment atteinte de cet accident. Au moins il n'en est pas fait mention, quoique cependant Kronauer ait dit : *Huncce affectum habitualem quasi existere persuademur experientia docente, quod si uno puerperio vel partu feminæ huncce tumorem expertæ sint, in sequentibus eumdem iterum patiantur, quod pluribus jam observationibus confirmare possumus.* (*Dissert. inaug., pag.* 17.) Je connais des exemples de femmes qui sont accouchées sans accident, quoiqu'elles aient eu précédemment un thrombus de la vulve ou du vagin : mais, je le répète, je ne connais aucun exemple de récidive : ce qui ne doit, par conséquent, pas être aussi commun que l'avance Kronauer.

Toutes les causes que je viens de signaler pendant et après le travail de l'enfantement existent dans tous les accouchements, et cependant les thrombus sont fort rares. Il semble que ces tumeurs doivent être plus fréquentes à la suite des accouchements longs, pénibles, lorsque l'enfant a séjourné pendant longtemps dans l'excavation pelvienne, au détroit inférieur, lorsqu'il existe une légère disproportion entre la tête du fœtus et le bassin de la mère. Cependant on les a vu survenir tout aussi souvent pendant ou après des accouchements prompts, faciles, chez des femmes dont le bassin était fort large.

Ces considérations sont bien propres à diminuer beaucoup l'influence que l'on pourrait accorder exclusivement aux causes dont j'ai parlé. Ces causes, en effet, détermineraient bien rarement le thrombus de la vulve s'il n'existait une prédisposition particulière. Cette prédisposition consiste, ai-je déjà dit, dans l'état variqueux des veines ; elle a été signalée dans beaucoup d'observations ; dans d'autres, on parle seulement de varices aux membres inférieurs ; enfin, dans quelques-unes il n'en est nullement fait mention. Quoique l'existence de varices ne me paraisse pas absolument indispensable à la formation d'un thrombus vaginal ou vulvaire, la rareté de cet accident, malgré la fréquence des causes qui peuvent le déterminer, me porte à croire qu'il n'a presque jamais lieu sans cette prédisposition. Le silence de quelques observateurs sur ce point s'explique aisément, soit parce qu'il n'est pas toujours facile de constater l'état variqueux des veines du vagin et de la vulve quand il n'affecte que les vaisseaux profonds, et que d'ailleurs on a rarement occasion de le faire, soit parce que le dégorgement qui suit l'épanchement du sang, et que favorisent d'ailleurs la déplétion de l'utérus et la position horizontale que garde l'accouchée, fait disparaître la dilatation des veines.

Je terminerai ce chapitre en rapportant un fait dans lequel une cause toute différente de celles examinées jusqu'ici a donné lieu à un épanchement considérable de sang dans le tissu cellulaire du bassin.

Au mois d'avril 1809, une jeune femme, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, d'un caractère irascible, impatient, enceinte pour la première fois, et parvenue au terme de la grossesse, éprouve les douleurs de l'accouchement. Tout paraît annoncer la terminaison la plus favorable ; mais à mesure que les douleurs augmentent, elle s'emporte, s'agite avec force et par saccades ; elle n'écoute plus rien et délire complétement ;

cependant elle accouche heureusement; mais au lieu de se calmer, le délire, l'agitation subsistent, se renouvellent avec violence par intervalles; on ne la contient qu'avec peine dans son lit; tous les secours sont inutiles, et elle meurt quelques jours après son accouchement.

A l'ouverture du corps, on trouva dans la fosse iliaque, sous le péritoine, une grande quantité de sang infiltré dans le tissu lamineux, ramassé en foyer dans quelques points. Le muscle grand psoas était rompu dans une partie de son épaisseur et en différents endroits.) Chaussier, *Bulletins de la Faculté de Méd.*, tome II, page 54.)

Cette observation me paraît avoir un grand rapport avec les thrombus de la vulve et du vagin. On comprend que si la quantité de sang épanché eût été plus considérable, au lieu de rester dans la fosse iliaque, ce sang aurait descendu dans l'excavation pelvienne, et serait venu se montrer aux environs de la vulve et de l'anus: il eût été difficile, pour ne pas dire impossible, de connaître la cause d'un pareil épanchement et le lieu d'où il provenait.

Boër regarde comme difficile de décider si le sang provient des veines ou des artères. *Intereà utrum ex venis cruor aut ex arteriis fluat, difficile finitu,* pag. 324. Le docteur Siebenhaar s'exprime à ce sujet de la manière suivante : *Utrum arteriæ, an venæ discissæ sint è sanguinis in sinu contenti ac morati, natura seriori tempore vix poteris colligere, quia brevi adeò imitatur ut neque color ejus, neque reliquæ virtutes certi quid probent. Tunc solum hoc cognoscere nobis licebit, quum sanguis recens effusus è plaga vaginæ forte in lucem venit, aut varices, quæ anteà in parietibus turgore suo insignes fuerant, subitò evanescunt. Constat quidem venas, etsi parietes habeant tenuiores, tamen arteriis esse tenaciores ; at, quum in partibus superficiem potiùs occupantes causarum externarum violentiæ magis sint expositæ, eas frequentiùs quam arterias, quas jam situs profundior ac remotior tueatur, etiam pariendi intentione discerpi putaverim. Cæterum quoad hemorrhagiæ vehementiam non magnum intercedit discrimen, utrum arteria an vena læsa sit. Venas enim, propter valide sese contrahendi inopiam, sanguinem non minùs pertinaces sæpiùs effundere, quotidiana docet experientia.* (*Dissert. inaug.*, pag. 18.)

Pour quiconque connaît la différence des tumeurs sanguines artérielles d'avec les tumeurs sanguines veineuses, le peu d'importance qu'attachent Boër et Siebenhaar à découvrir si le sang provient des artères ou des veines sera la preuve que ces dernières seules ont été lésées dans les observations qu'ils ont recueillies. Il en a été de même dans toutes les observations venues à ma connaissance. Dans aucune tumeur on n'a remarqué les battements, les bruissements qui appartiennent aux anévrysmes faux primitifs, non plus que l'écoulement du sang par jets saccadés qui s'observe quelquefois, et la difficulté qu'on a toujours à arrêter cet écoulement par la compression dans les parties où on ne rencontre pas une surface osseuse contre laquelle on puisse aplatir l'artère ouverte. Je dois excepter peut-être un fait décrit par Osiander sous le titre d'anévrysme. Je vais donner la traduction littérale de ce fait.

« Le 12 janvier 1788, je fus appelé auprès d'une femme veuve âgée de trente-six ans, mère de plusieurs enfants. Elle avait eu le malheur, sept ans auparavant, en s'asseyant sur le seuil de sa porte, de se blesser aux parties génitales avec une espèce de petite enclume qui sert à *rebattre* les faux et les faucilles. La grande lèvre droite fut violemment contuse. Il resta une tumeur, sujette à augmenter de volume et à diminuer. Au bout de deux ans, cette tumeur devint énorme et fort douloureuse pendant une grossesse. Cette femme n'en avait rien dit à qui que ce soit, pas même à son mari : mais immédiatement après son accouchement, elle éprouva des douleurs si violentes, qu'elle se décida à faire appeler le chirurgien du village. Celui-ci ouvrit la tumeur; il en sortit plus d'une livre de sang, et les douleurs s'appaisèrent. Pendant quatre ans, la tumeur, qui avait reparu, était moins volumineuse que précédemment ; elle occasionnait de temps en temps de grandes douleurs. Durant la première moitié d'une nouvelle grossesse, il se forma beaucoup de varices aux jambes. La tumeur de la grande lèvre devint de plus en plus grosse et douloureuse, particulièrement dans les dernières semaines.

« Le travail de l'enfantement se déclara le 12 janvier, à quatre heures du soir. Vers huit heures, après quelques fortes douleurs, la tumeur commença à saigner abondamment. La sage-femme et le chirurgien jugeant cette hémorrhagie très-dangereuse, on m'envoya chercher. J'arrivai à onze heures du soir. Je trouvai la femme près de tomber en défaillance, mais ayant encore assez de connaissance pour me raconter elle-même presque tout ce qu'on vient de lire. Pouls à peine sensible, joues et mains froides et pâles, quantité énorme de sang écoulé. Il y avait encore de temps à autre des douleurs très-faibles. La tumeur avait environ le volume du poing d'un adulte; elle était mobile, de couleur violette. Le sang sortait par trois ouvertures fort rapprochées, et situées au côté interne. *Il s'échappait de l'ouverture supérieure comme d'une artère piquée, en jet, à la vérité très-fin, mais qui s'élevait fort haut. En appuyant avec le doigt sur ce point, je crus aussi sentir des pulsations.*

« D'abord, je cherchai à arrêter le sang par l'usage de l'amadou, du vinaigre, et l'esprit-de-lavande, et par l'application d'un bandage. Mais il fut entièrement impossible de s'opposer le moins du monde à l'hémorrhagie. Le bandage glissa par-dessus la tumeur, et les flots de sang entraînaient tout ce qu'on leur opposait. Je cessai toute tentative hémostatique, et je m'occupai d'accoucher la

femme au plus tôt. Je la fis placer horizontalement sur la chaise de Stein ; je rompis les membranes, et je fis la version d'un enfant qui paraissait mort depuis quelque temps ; j'opérai la délivrance avec facilité, et l'utérus revint sur lui-même. Mais pendant l'accouchement, les trois ouvertures s'étaient réunies en une seule, large de trois travers de doigt ; le sang en sortait par flots. Peu de temps après, l'accouchée éprouva des angoisses, poussa des cris, voulut se lever de force ; mais il survint bientôt des mouvements convulsifs, une respiration haletante et stertoreuse ; enfin, la mort. En examinant alors la tumeur, je trouvai que le côté interne de l'anévrysme était tout gangréné. Ses parois, partout d'un brun noir, étaient très-minces dans l'endroit de la rupture. Le foyer contenait encore quelques caillots. (*Denksvurdigkeiten für die Heilkunde und Geburts hülfe*, vol. Ier, part. 2, p. 283.) »

Je ne suis pas du tout convaincu que le mot anévrysme convienne à la tumeur que vient de décrire Osiander. Je crois qu'à la suite de la contusion des parties génitales, il se sera formé, dans l'épaisseur de la lèvre droite, des varices, dont la réunion constituait la tumeur qui, tantôt augmentait, tantôt diminuait de volume. Pendant le premier accouchement, les varices auront pu se rompre, donner lieu à un thrombus. Peut-être même les violentes douleurs étaient-elles occasionnées par la distension beaucoup plus considérable des varices. On conçoit facilement que, après l'incision qui fut pratiquée, une partie des veines a dû s'oblitérer, et la tumeur rester moins volumineuse. C'est ce qui est arrivé. Pendant le dernier accouchement, les varices se sont rompues de nouveau, et auront donné lieu à la tumeur qui fit périr la femme.

Osiander signale la sortie du sang, comme d'une artère ouverte, par un jet très-fin, mais très-élevé. Il n'est point dit si ce jet était saccadé. On a vu des veines fournir un jet de sang très-fort. Au reste, il est possible qu'une artériole ait été comprise dans la déchirure. Si le sang se fut écoulé exclusivement des artères, s'il y avait eu anévrysme, le jet aurait existé à l'ouverture moyenne, à l'ouverture inférieure comme à la supérieure. Osiander dit aussi qu'il crut sentir des pulsations ; mais la manière dont il s'exprime montre qu'il n'était pas bien sûr du fait.

L'augmentation et la diminution alternatives du volume de la tumeur, sa grosseur moins considérable à la suite d'une incision, la cicatrisation facile de cette incision, sont des circonstances qui ne me paraissent pas pouvoir coïncider avec un anévrysme. Tout au plus me paraît-il permis d'admettre que, pendant le dernier accouchement, une artériole aura été déchirée et aura contribué à augmenter l'hémorrhagie. C'est surtout à l'état variqueux des grandes lèvres qu'il faut attribuer l'opiniâtreté de cette hémorrhagie.

Je persiste à croire que, dans tous les cas, les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin sont occasionnées par la rupture des veines. Cette opinion était celle de Kronauer. Je cède au désir de faire connaître comment cet auteur s'exprimait à ce sujet en 1734.

Quod autem venæ præcipuæ nobis profusum huncce humorem suppeditent, sequentibus inducimur rationibus. 1° Quod nullus neque ab initio neque medio aut fine pulsus seu dolor pulsatorius sentiatur. 2° Quod aperto tumore grumi quidam crassiusculi nigricantes, pro duratione morbi minus aut magis fluxiles, effluant, ast evacuatis hisce omne profluvium momento citiùs cesset, nec ulla unquam hemorrhagia incisionem institutam comitetur, quæ tamen certo certiùs vulnere aperto in anevrysmate seu profusione sanguinis arteriosi eveniret. 3° Faciliùs compressioni aut dilacerationi obnoxia esse vasa venosa quam arteriosa ex ipsa eorum structura manifestum est, quippè quibus debiliori tunicarum mechanismo natura prospiciebat, deinde propter motum sanguinis violentiorem progressivum, stagnatio non tam facile in arteriis harum partium valdè spongiosarum insequitur quam in venis. (*Dissert. inaug.*, p. 16.)

Si l'expérience a démontré, contre l'assertion de Kronauer, qu'une hémorrhagie peut succéder à l'incision de la tumeur, à l'évacuation des caillots, cet auteur n'en a pas moins très-bien signalé l'absence des pulsations, et sa remarque à l'égard de la stagnation plus difficile du sang dans les artères que dans les veines, est pleine de justesse.

Quelques personnes auront peut-être peine à croire que la lésion des veines puisse amener une mort aussi prompte que celle qui a eu lieu dans plusieurs cas. Mais Siebenhaar remarque avec raison que l'on voit tous les jours des veines fournir des hémorrhagies considérables. Siebold en a observé un exemple remarquable. Une femme enceinte se blessa à la malléole interne du pied droit. Il en résulta une hémorrhagie si considérable qu'elle éprouva des syncopes et des convulsions, et qu'elle accoucha prématurément la nuit suivante. Cette femme fut longtemps à se rétablir.

Des faits bien authentiques démontrent du reste la possibilité d'une hémorrhagie mortelle à la suite de la rupture d'une varice.

Symptômes, marche, terminaison.

L'apparition des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin est ordinairement précédée d'une douleur très-vive dans les parties génitales, douleur occasionnée sans doute par la rupture d'un ou de plusieurs vaisseaux. Si quelquefois pendant le travail de l'enfantement et après la délivrance, cette douleur n'a point été remarquée, c'est qu'il existait d'autres douleurs avec lesquelles elle aura été confondue.

On voit bientôt l'une ou l'autre grande lèvre,

quelquefois les deux lèvres en même temps, ou bien les petites lèvres, le pourtour de l'orifice du vagin, se gonfler, se distendre rapidement et former une tumeur dont le volume peut varier, depuis la grosseur d'un œuf jusqu'à celle de la tête d'un enfant à terme, et même plus. Dans ce dernier cas, elle peut contenir une quantité de sang assez considérable pour qu'il en résulte un affaiblissement remarquable des forces de la femme, des faiblesses et des syncopes. Cette tumeur acquiert quelquefois en peu de temps tout le volume qu'elle doit avoir; d'autres fois elle s'accroît pendant quinze, dix-huit et même vingt-quatre heures. Elle peut se borner aux parties génitales extérieures, ou s'étendre profondément dans le bassin autour du vagin, principalement sur les parties latérales et postérieure, se propager dans les fosses iliaques et même dans l'épaisseur des fesses. Fréquemment il arrive que l'épanchement commence dans le bassin et vient consécutivement pénétrer dans les parties extérieures.

Cependant la tumeur prend une teinte violacée, livide: on n'y sent ni pulsations, ni frémissements. Sa consistance varie: extrêmement dure lorsque le sang est seulement infiltré dans les mailles du tissu cellulaire, elle devient fluctuante quand ce tissu est déchiré, quand il existe un foyer étendu. Des douleurs violentes, souvent plus grandes que celles de l'accouchement, accompagnent ces tumeurs.

Le 2 janvier 1771, je délivrai de son premier enfant, dit Macbride, la femme d'un marchand de drap de Dublin. L'accouchement fut prompt, très-naturel. La femme n'ayant qu'un peu de faiblesse, comme cela arrive à la plupart des nouvelles accouchées, je restai néanmoins auprès d'elle, jusqu'à ce qu'elle fût replacée dans son lit; comme elle se trouvait alors très-bien, je la quittai en parfaite sécurité. Une demi-heure après, je ne fus pas peu surpris de voir arriver une personne qui m'engagea à retourner promptement auprès de la malade que je trouvai avec de vives douleurs: comme elle me dépeignait ses souffrances d'une manière extrêmement vague, je crus qu'elle avait seulement des tranchées contre lesquelles je prescrivis une potion calmante, et après lui avoir recommandé d'avoir un peu de courage, je la quittai de nouveau: mais je ne tardai pas à être rappelé près d'elle, et je vis alors que les vives douleurs qu'elle éprouvait étaient de toute autre nature que les tranchées qui succèdent à l'accouchement. Je reconnus à l'aide du toucher qu'une des grandes lèvres formait une tumeur qui s'étendait jusque sur le périnée. J'appelai sur-le-champ mon ami le docteur Clegorhn, qui reconnut comme moi la nature de la tumeur. Nous la fîmes aussitôt recouvrir d'un cataplasme pour favoriser la rupture des téguments, rupture qui eut lieu en moins de vingt heures, et qui permit l'issue d'une grande quantité de sang coagulé. Les douleurs cessèrent, la tumeur s'affaissa; les parties sphacélées se séparèrent dans un temps convenable, et le sang épanché fut en partie absorbé, en partie entraîné par la suppuration. Environ trois mois après sa délivrance, cette dame n'éprouvait aucune suite de son accident. (*Med. observ. and inquiries*, vol. V, pag. 89.)

On voit que les douleurs ont été violentes et de longue durée. Elles dépendaient de la grande distension des parties; dans quelques cas elles ont pris le caractère de douleurs expulsives: la femme faisait des efforts comme dans les derniers moments du travail de l'enfantement. Ce caractère expulsif des douleurs tenait à la pression exercée sur la vulve et l'anus, par le volume considérable de la tumeur. Il était remarquable dans une observation publiée par le docteur Vingtrinier, et que je rapporterai plus loin.

Il arrive souvent que la peau ou la membrane muqueuse de la vulve, du vagin, graduellement amincies, finissent par se rompre; il en résulte un écoulement extérieur de sang plus ou moins considérable, avec diminution instantanée des douleurs; mais quelquefois cet écoulement est assez abondant pour amener promptement la mort. J'en ai rapporté plusieurs observations d'après Lentin, Peyrilhe, Casaubon. D'autres fois, durant le travail de l'enfantement, la rupture est occasionnée par le passage de l'enfant.

Une femme déjà mère de plusieurs enfants, avait eu dans ses précédentes grossesses beaucoup de varices le long de la jambe gauche: la grand lèvre de ce côté devenait toujours un peu plus grosse que l'autre. Vers la fin de sa dernière grossesse, cette lèvre avait acquis le volume d'un œuf. Les douleurs se déclarèrent le 26 mars 1802. La rupture de la poche des eaux fut suivie de quelques fortes contractions, et en même temps une douleur qui occasionna un cri perçant se fit sentir dans la grande lèvre gauche. La sage-femme remarqua qu'il s'écoulait du sang par le vagin, et que la grande lèvre gonflée avait la forme d'une boule de la grosseur de la tête d'un enfant. M. Wendelstædt qui fut appelé, se trouva d'abord incertain sur le diagnostic de la tumeur. Celle-ci était d'un rouge bleuâtre, luisante, sans pulsation ni gargouillement. L'anneau inguinal était dans son état normal. Il admit l'existence d'une tumeur par infiltration sanguine, ou peut-être séreuse du tissu cellulaire de la grande lèvre gauche; il prescrivit des fomentations tièdes avec une décoction de quinquina et d'herbes aromatiques. La tension de la tumeur ayant diminué, on fit des applications froides. La femme avait eu de la diarrhée et l'hémorrhagie continuait. On prescrivit la teinture de cachou avec l'eau de cannelle et quelques gouttes d'opium. Le soir à six heures, l'accouchement eut lieu sans difficulté. La tumeur creva lors du passage de l'enfant; il en sortit une grande quantité de sang. Immédiatement après l'expulsion de l'en-

fant, la mère tomba d'une défaillance dans une autre avec des frissons convulsifs, et à huit heures elle expira. (*Hufeland journal, T.* 36, 1813, *pag.* 76.)

Dans trois autres observations, dont une seule se termina heureusement, M. Wendelstædt fait mention d'un violent frisson au moment de l'ouverture de la tumeur. Aucun autre auteur n'en a parlé.

La rupture dn thrombus au moment du passage de l'enfant paraît devoir toujours exister. Quelquefois cependant les parties, quoique violemment distendues par le sang, résistent au tiraillement exercé sur elles par le fœtus qui les traverse. En voici un exemple remarquable.

Une dame âgée de trente-huit ans, de petite stature, d'une constitution faible, heureusement arrivée au terme de sa septième grossesse, fit appeler Siebold pour l'accoucher. Tout alla bien et sans aucune difficulté jusqu'à la troisième époque du travail; mais alors il se manifesta une tumeur longitudinale à la lèvre gauche. Cette tumeur s'accrut à chaque effort : elle devint très-douloureuse au toucher et son volume augmenta tellement qu'on eut lieu de craindre qu'elle ne s'opposât à la sortie de la tête de l'enfant, mais les douleurs redoublées triomphèrent de cet obstacle et l'enfant vint au monde sans accident.

Avant qu'on ne portât l'accouchée dans son lit, Siebold examina soigneusement la tumeur qui l'avait tant inquiété. Elle était d'un bleu noirâtre, et l'on ne pouvait y toucher que la malade ne souffrît beaucoup. Persuadé qu'elle n'avait pas d'autre cause qu'un épanchement de sang, provenu de la rupture d'une veine trop distendue, il proposa d'y faire une incision; mais ni l'accouchée ni son mari ne voulurent y consentir. Il se borna donc à la couvrir avec des fomentations chaudes d'eau de Goulard et de sel ammoniac. La douleur devint plus supportable, la tension diminua, la tumeur perdit beaucoup de son volume ; on se flatta de l'espoir qu'elle se dissoudrait entièrement, et que l'incision ne deviendrait pas nécessaire.

Cependant la résolution complète ne s'opérait point, quoiqu'on fit usage des remèdes ci-dessus pendant plus de deux mois. Vers le milieu du troisième mois, il survint une fièvre accompagnée de frissons, puis une inflammation avec suppuration à la tumeur. Après des douleurs très-vives, la tumeur s'ouvrit, et il en sortit une grande quantité de pus mêlé de sang. L'ouverture néanmoins était trop petite, Siebold obtint la liberté de l'agrandir par une incision longitudinale ; par ce moyen il donna issue à beaucoup de pus sanguinolent; puis il introduisit de la charpie sèche dans la plaie et la guérison fut prompte. (*Biblioth. german. med. chirurg. T.* 6, *pag.* 195.)

Non-seulement dans ce fait il n'y a pas eu rupture du thrombus lors du passage de l'enfant; la gangrène, comme cela arrive ordinairement, ne s'est même pas emparée de ses parois extrêmement amincies et ensuite violemment comprimées.

On a vu quelquefois une hémorrhagie extérieure abondante exister pendant qu'il se formait un thrombus. Cette circonstance doit avoir lieu toutes les fois que la membrane muqueuse est déchirée en même temps qu'une ou plusieurs veines. Pour peu qu'il n'y ait point un parallélisme exact entre les deux ouvertures, une partie du sang s'écoule dans le vagin, tandis que l'autre partie s'infiltre dans le tissu cellulaire voisin. La théorie est la même qu'après certaines saignées. Je vais en emprunter un exemple remarquable à Boer.

J'accouchai une femme, dit-il, chez laquelle l'expulsion rapide du fœtus fut suivie d'une hémorrhagie. En explorant les parties, je reconnus très-bien que le sang provenait d'une déchirure du vagin : la lèvre droite de la vulve et le côté droit du vagin, jusqu'à quatre pouces environ de son orifice, étaient le siége d'une tumeur considérable et livide. L'écoulement extérieur du sang et son épanchement à l'intérieur s'arrêtèrent à l'aide de remèdes internes et externes. La malade, douée d'une faible complexion, était très-affaiblie. On lui administra une nourriture légère et de l'eau vineuse; elle fut couchée de manière à avoir la poitrine et le ventre aussi élevés que possible, et des fomentations tièdes furent appliquées sur la tumeur.

Crainte de renouveler l'hémorrhagie, je ne me permis, ajoute Boër, un nouvel examen qu'au bout de quatre jours. J'introduisis sans difficulté le doigt par l'ouverture indiquée, qui se trouvait sur le côté droit du vagin, au-dessus de son orifice, et je trouvai une cavité pleine de sang et de caillots, qui aurait facilement admis un poing médiocre. Je ne pus en découvrir le fond du côté de l'intestin rectum. Je substituai au doigt une sonde cannelée que j'introduisis jusque sous la peau, entre l'anus et la tubérosité de l'ischium ; j'incisai sur cette sonde toute la paroi antérieure du sac jusqu'au vagin, en y comprenant la grande lèvre. Je pus alors débarrasser légèrement la cavité du sang qui y était contenu ; je la remplis ensuite de charpie. Je continuai ce mode de pansement, ayant soin, vers la fin, de recouvrir cette charpie avec un onguent digestif. La guérison ne se fit pas attendre au delà de vingt jours. (*Ouv. cité*, page 327.

Les tumeurs sanguines de la vulve peuvent, par leur volume, donner lieu à des accidents qu'il est important de connaître : tels sont la rétention des urines, un obstacle au passage de l'enfant, de l'arrière-faix, la rétention des lochies, et par suite une hémorrhagie interne de l'utérus.

Le 2 juillet 1809, dit le docteur Dewees, Mme A..., après un travail douloureux de quatre heures, est accouchée à onze heures du matin, de son second enfant, qui était très-fort. Après la délivrance, il y eut des tranchées très-vives que

l'on parvint à calmer avec l'opium. A neuf heures du soir, l'accouchée se plaignit de douleur et de tension dans la grande lèvre gauche, qui se développa jusqu'à ce qu'elle eût acquis un très-gros volume. Sa surface interne était considérablement amincie, noire, et couverte de petites vésicules qui contenaient un sérum jaunâtre. Plusieurs ponctions faites dans la tumeur au moyen d'une lancette donnèrent issue à une assez grande quantité de sang séreux, et procurèrent beaucoup de soulagement à la malade. Le 3, les douleurs ont un peu diminué; il y a de la fièvre et du délire; la tumeur comprime le canal de l'urèthre et s'oppose au cours de l'urine. On remédie d'abord à cet accident en écartant la tumeur du canal de l'urèthre, en la portant sur le côté. On fait une saignée du bras de douze onces; on divise la grande lèvre dans toute la longueur de la surface interne, et un régime des plus sévères est prescrit. L'incision met à nu un caillot considérable et procure du soulagement. Le 4, il y a moins de fièvre, moins de douleurs. On a recours au même moyen que la veille pour faciliter l'excrétion des urines. Il s'écoule par la plaie une grande quantité de sang liquide et coagulé, mais très-fétide. On administre une once de sulfate de magnésie; cataplasme de poudre de charbon. De légères pressions favorisent la sortie du sang coagulé, et le 15, la plaie en était comptétement débarrassée : on soutient les forces avec la décoction de quinquina et l'elixir de vitriol. La malade fut rétablie au bout de six semaines. Elle est accouchée plusieurs fois depuis sans accident. (*Journal de Philadelphie*, novembre 1827, nº 17, pag. 421.)

La rétention d'urine était due à la compression exercée sur le canal de l'urèthre, qui se trouvait dans un état sain : aussi a-t-il suffi d'écarter la tumeur pour que le liquide pût être excrété. D'autres fois le sang, en s'infiltrant dans la cloison urétro-vaginale, a obstrué également le canal de l'urèthre, et dans ces cas, le cathétérisme a été indispensable. La rétention d'urine a existé dans les faits observés par Coutouly, Ané, Reeve, Blagden, Siebenhaar, etc.

Durant le travail de l'enfantement, l'obstruction du vagin et de la vulve peut être assez considérable pour apporter de très-grands obstacles à la sortie du fœtus, s'y opposer entièrement, ou ne la permettre qu'avec un délabrement énorme des parties, des déchirures étendues, profondes, suivies de gangrène.

On voit dans le fait que j'ai rapporté d'après M. Sédillot, que le passage de l'enfant avait paru impossible, et que l'on fut obligé, avant d'aider à l'accouchement, de procurer l'issue du sang extravasé. Il en fut de même dans le cas observé par Ané et Baudelocque, quoique l'on eût affaire à une femme qui venait d'accoucher d'un premier enfant. Ledran en a consigné un exemple dans ses Consultations de chirurgie. Le voici :

Une jeune femme, grosse de neuf mois, éprouve les douleurs de l'enfantement, qui augmentent peu à peu et deviennent très-vives : elle fait un effort, et à sa suite il survient tout à coup à l'une des grandes lèvres un gonflement qui, en un quart d'heure, augmente de manière que la tumeur acquiert plus de volume que les deux poings, et recouvre, non-seulement la vulve, mais même l'autre grande lèvre. La face interne de cette tumeur est violette; on sent dans toute sa longueur une fluctuation qui est douteuse. On demande ce qui a pu donner lieu à cette tumeur survenue si subitement et ce qu'il faut faire. La chose presse, car la dame ne saurait accoucher. Ledran, après avoir démontré que cette tumeur était un véritable thrombus, ajouta : « Qu'il faut aussitôt fendre cette lèvre dans toute sa longueur, en ôter les caillots : c'est du côté de l'intérieur de la vulve qu'il faut faire cette incision. Après cela, il suffira de mettre dans le vide un peu de charpie jusqu'à ce que l'accouchement soit fait.»

On ouvrit en effet la tumeur; on y trouva plus de vingt onces de sang, moitié fluide, moitié coagulé, qui adhérait très-fortement aux parois du foyer. En deux jours, ce foyer disparut presque entièrement, et en moins de huit jours l'incision, quoique très-longue, a été guérie. (page 376.)

On se fait facilement une idée des déchirures énormes qui auraient eu lieu, si des douleurs expulsives très-violentes avaient forcé l'obstacle que présentait la tumeur, avaient poussé l'enfant à travers des parties si gonflées.

L'obstruction de la vulve était bien plus considérable encore dans le fait suivant, où Zeller eut de la peine à faire pénétrer le doigt dans le vagin.

Chez une primipare âgée de dix-neuf ans, la tête de l'enfant, dès le commencement du travail, occupait le fond de l'excavation pelvienne, quoique l'orifice fût à peine ouvert : des douleurs plus intenses en opérèrent lentement la dilatation. Six heures après l'écoulement des eaux, la tête étant au détroit inférieur, il se forma dans la grande lèvre gauche, pendant une forte douleur, une tumeur qui s'étendait jusqu'à l'anneau inguinal. Zeller soupçonna de suite une hernie : mais en examinant attentivement, il remarqua que tout le côté gauche du vagin était également le siége d'une tumeur qui se continuait avec celle de la grande lèvre. Pendant la douleur qui suivit, la tumeur extérieure s'accrut au point d'égaler en peu de minutes le volume d'une tête d'enfant. Elle obstruait la vulve à tel point que j'eus beaucoup de peine, dit Zeller, à introduire le doigt dans le vagin : elle se trouvait fortement poussée en avant par la tête du fœtus qui faisait effort pour sortir. En ce moment la femme fut prise de convulsions : sur-le-champ je pris le parti d'ouvrir la tumeur : je pratiquai une incision longue

de trois pouces dans l'enfoncement qui ordinairement se trouve entre la grande et la petite lèvre. Il sortit une quantité considérable de sang liquide et coagulé. Dès que la tumeur fut évacuée, je facilitai le dégagement de la tête avec le levier : en peu de minutes l'accouchement fut terminé. Aussitôt après, à l'aide d'une compression dirigée de l'anneau inguinal vers la plaie, je fis sortir le sang qui se trouvait extravasé; je nettoyai la cavité aussi bien que possible, et provisoirement je recouvris la plaie avac un linge.

La délivrance ne se fit pas attendre. J'injectai alors de l'eau tiède dans le foyer sanguin afin de le déterger tout à fait ; je fis coucher la femme sur le côté droit afin d'empêcher les lochies de s'introduire dans la plaie, et de faciliter l'écoulement de ce qui pourrait en sortir. L'incision se trouvait réduite à un pouce lorsque tout fut vide et détergé. La guérison eut lieu dans l'espace de quinze jours, sans qu'il ait été besoin d'employer aucun traitement particulier. (*Bemerkungen uber d. pr. enthendungskunst.*, *Wien*, 1789, pag. 105.)

Dans aucune observation l'occlusion de la vulve n'a été aussi considérable; et c'est avec raison que Zeller regardait l'accouchement comme impossible. Dans aucune autre il n'est parlé de convulsions. Ces convulsions ont été occasionnées par l'obstacle qui s'opposait à la sortie de l'enfant, par l'intensité plus grande et la persistance des contractions utérines, en raison de la résistance qu'elles rencontraient. C'est de la sorte au moins que, dans quelques circonstances, un obstacle d'un autre genre au passage du fœtus a donné lieu à l'éclampsie. Aucune hémorrhagie n'a suivi l'ouverture du foyer, et l'incision qui fut faite dans l'étendue de trois pouces se trouva réduite des deux tiers, après l'évacuation du liquide, le retour sur elles-mêmes des parois de la tumeur. Il ne faut jamais craindre en pareil cas de donner beaucoup de longueur à l'ouverture : on éprouve beaucoup plus de facilité à enlever les caillots, et l'on n'a pas à craindre d'avoir à l'agrandir plus tard.

Après la délivrance, on a vu les tumeurs sanguines obstruer assez complétement la cavité du vagin pour déterminer la rétention des lochies. Cette rétention des lochies existait dans le fait de Solayrès ; elle existait également dans les observations rapportées par Peu, Delius, le docteur Vingtrinier. Cet accident mérite une attention d'autant plus grande, que le sang en s'accumulant dans l'utérus peut le distendre, et devenir cause d'une hémorrhagie interne.

Un thrombus volumineux, s'étendant très-haut sur le côté du vagin, se développa pendant l'accouchement, dit Mme Lachapelle, chez une dame de ma clientelle. Cette tumeur s'accrut après la sortie de l'enfant, retint dans le vagin et l'utérus le sang des lochies, causa ainsi la distension de la matrice, et par suite une hémorrhagie interne des plus alarmantes. Heureusement, dans les efforts que je fis pour introduire ma main dans cet organe, afin d'en extraire les caillots, je rompis involontairement la tumeur vers l'entrée du vagin ; il en sortit beaucoup de sang coagulé; elle s'affaissa, et tous les accidents qu'elle avait fait naître se dissipèrent avec elle sans aucun traitement particulier. Dans ce cas, comme dans celui dont j'ai été témoin à l'hospice, l'épanchement du sang dans le tissu cellulaire pelvien et sous-cutané avait été accompagné d'une douleur vive et continue. (*Prat. des Accouch*, t. III, p. 201.)

Dans aucune observation, il n'est parlé de la rétention des matières fécales. Cette rétention eût été inévitable dans le fait observé par Ané, si l'on n'eût point donné issue au sang épanché. Le rectum se trouvait oblitéré d'arrière en avant. Il existe un beaucoup plus grand nombre d'observations dans lesquelles le sang, amassé dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, devait obstruer l'intestin d'avant en arrière.

A ces accidents, dus entièrement au volume de la tumeur, à la compression qu'elle exerce sur les parties voisines, il peut s'en joindre d'autres dépendants de l'irritation, de l'inflammation. On a vu les douleurs prendre, au bout de peu de temps, le caractère inflammatoire, se propager à la région hypogastrique, qui devient alors sensible à la pression, se tuméfie, se ballonne. La fièvre ne tarde pas à paraître, et le délire est venu plusieurs fois s'y joindre. Fichet de Flechy, Dewees, Ané, etc., ont vu ces divers accidents; et chez la malade dont parle ce dernier, la fièvre primitive ne disparut que le quatorzième jour.

J'ai eu occasion d'observer une péritonite mortelle chez une femme attaquée d'un thrombus du vagin. Quoique, dans ce cas, je sois porté à penser qu'il y a eu simple coïncidence des deux affections, plutôt qu'action de l'une pour déterminer l'autre, je crois cependant devoir le faire connaître. Ce sera tout au moins un exemple de complication.

Une couturière âgée de vingt-huit ans, d'une faible constitution, enceinte pour la première fois, accoucha naturellement et à terme après un travail de quinze heures. L'enfant pesait sept livres. Immédiatement après la délivrance, on reconnut sur la paroi gauche du vagin une tumeur qui bientôt acquit un volume tel, qu'elle obstruait complétement ce canal. En pressant cette tumeur latéralement, on voyait s'écouler par la vulve, du sang en partie liquide, en partie coagulé. On crut d'abord que la tumeur, qui était bien évidemment sanguine, était ouverte, et que par la compression on exprimait le sang qu'elle contenait; mais on vit ensuite que la compression n'avait d'autre effet que de permettre l'écoulement du sang provenant de l'utérus, et qui se trouvait retenu au-dessus de la tumeur. Une ouverture ne tarda pas à se faire sur la partie moyenne de ce thrombus; elle fut suivie d'une hémorrhagie assez considérable. Ce-

pendant, dès le premier jour, l'abdomen devint généralement douloureux à la pression, mais principalement dans la région hypogastrique ; en même temps il se tuméfia.

Le lendemain, ces accidents persistant, on appliqua sur le bas-ventre des sangsues qui procurèrent un soulagement momentané. Peu d'heures après, les douleurs acquirent plus d'intensité qu'auparavant, la fièvre devint plus forte; il s'y joignit de la toux et de l'oppression ; il y eut plusieurs vomissements de matières bilieuses et plusieurs selles en diarrhée. Un bain de vapeurs, des boissons gommées, des lavements émollients et des cataplasmes de même nature, n'empêchèrent pas la maladie d'aller en empirant. L'émission des urines s'accompagna de grandes douleurs ; l'abdomen était toujours très-sensible à la pression, principalement dans la région hypogastrique ; une soif très-vive, la faiblesse, l'irrégularité du pouls, une oppression plus considérable, précédèrent la mort, qui eut lieu à la fin du troisième jour des couches.

A l'ouverture du cadavre, on trouva, outre les désordres propres à la péritonite, que le vagin était perforé à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur de la paroi latérale gauche. L'ouverture, arrondie et du diamètre d'environ un pouce, conduisait dans une vaste caverne remplie de sang ; cette caverne était creusée dans le tissu lamineux du détroit inférieur du bassin, et s'étendait jusque sous le péritoine.

Malgré la préexistence de la tumeur sanguine, je ne crois pas qu'elle ait été la cause directe de la péritonite. Le bas-ventre devint douloureux dans toute son étendue ; les douleurs étaient, à la vérité, plus fortes dans la région hypogastrique ; mais elles n'étaient point parties de cet endroit ; elles avaient existé en même temps partout. La malade était couchée dans les infirmeries de la maison d'accouchement, où la péritonite régnait épidémiquement, et la perte de sang qu'elle avait éprouvée, l'affaiblissement qui en était résulté, la disposaient beaucoup à contracter cette maladie. Dans ce fait, il y a eu, je pense, coïncidence des deux maladies plutôt que production de l'une par l'autre.

Je signalerai dans cette observation l'obstruction complète du vagin, l'amas du sang au-dessus de la tumeur, amas qui aurait pu être assez considérable, si celle-ci eût été méconnue pendant quelque temps, pour amener tous les accidents d'une hémorrhagie interne de l'utérus. Sous ce rapport, l'observation se rapproche beaucoup de celle que je viens de citer d'après Mme Lachapelle.

Pour peu que les tumeurs sanguines de la vulve soient volumineuses, les malades ne peuvent rester que couchées sur le dos, ayant les cuisses écartées et fléchies. La tension et le gonflement des parties ne leur permettent point d'étendre les membres inférieurs, et les divers mouvements que font les malades s'accompagnent de beaucoup de douleurs.

Les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin peuvent se terminer par résolution, à la manière des thrombus situés dans tout autre endroit ; par suppuration, l'inflammation s'empare des parois du foyer qui s'ulcèrent; le sang est entraîné avec le pus, qui devient plus ou moins ichoreux et fétide par la putréfaction des caillots ; par rupture de la tumeur, et sortie du sang qui la forme ; enfin, par gangrène de cette même tumeur, les points les plus amincis sont frappés de mort ; les eschares se détachent et mettent à nu un caillot plus ou moins volumineux. Démontrons par des faits ces différentes assertions.

La terminaison par résolution est assez rare ; elle n'a guère lieu que lorsque le sang qui est déposé dans les mailles du tissu cellulaire, n'est pas réuni en foyer ; on le voit alors se coaguler ; sa partie séreuse s'étend au loin dans les aréoles et les vacuoles du tissu lamineux où elle est d'abord absorbée : vient ensuite le tour de la partie solide qui est également éliminée par les vaisseaux absorbants. Le docteur Audibert rapporte un exemple de ce mode de terminaison. Il fut appelé rue Meslay, le 12 octobre 1809, pour donner des soins à une dame âgée d'environ vingt-sept ans, en travail de son premier enfant. Celui-ci présentait les pieds ; il naquit sans difficultés, bien portant. Deux heures environ après que M. Audibert se fut retiré, on vint le chercher de nouveau. L'accouchée se plaignait d'une douleur très-vive dans l'aine, au périnée et vers l'anus. Il existait une tumeur beaucoup plus grosse que le poing, qui avait son siége dans la grande lèvre droite, s'étendant vers la partie supérieure et interne de la cuisse, le périnée, l'anus et la tubérosité de l'ischion. Elle ne présentait ni battements, ni fluctuation, mais beaucoup de tension et de dureté. Il n'y avait aucune déchirure au périnée ni aux grandes lèvres. La malade déclara que pendant toute sa grossesse, elle avait eu la grande lèvre droite gonflée et parsemée de vaisseaux variqueux de la grosseur d'une forte plume à écrire.

Aucune circonstance de l'accouchement ne pouvait rendre raison de cet accident. M. Audibert, prescrivit aussitôt l'application de compresses imbibées de vin tiède. Ces compresses furent maintenues avec la main qui devait en même temps exercer une compression dans le but de s'opposer à l'augmentation de l'épanchement. Ces moyens furent couronnés de succès, et vers le cinquième jour de l'épanchement, la résolution était presque complète. (*Dissert. inaugur.*, Paris, 1812, pag. 8.)

La promptitude avec laquelle cette tumeur a disparu, pourrait faire croire peut-être que sa disparition a été due en partie à une ouverture qui se sera faite dans le vagin ; le liquide qui en sera sorti se trouvant mêlé avec les lochies, on ne s'en serait pas aperçu. Il n'est pas impossible cependant qu'une pareille tumeur disparaisse presqu'entièrement dans l'espace de cinq jours. Au reste si l'on

conserve quelque doute à ce sujet, je ferai connaître plus loin un fait extrait de l'ouvrage de Boer, et qui ne laisse aucune incertitude sur la possibilité d'une résolution complète.

La terminaison par suppuration est ordinairement précédée d'un commencement de résolution. J'en ai rapporté un exemple d'après Siebold. En voici un autre dans lequel on croyait la résolution complète, lorsque la suppuration se prononça.

Une femme chez laquelle les grandes lèvres s'étaient tuméfiées pendant le court séjour de la tête de l'enfant dans le fond du bassin lors de son premier accouchement, fut à peine délivrée et remise au lit qu'elle manifesta quelque crainte d'une descente de matrice à laquelle Baudelocque ne donna aucune attention, certain que cet accident ne pouvait exister. La même inquiétude agitant encore la malade huit ou dix heures après, et cette femme se plaignant alors de douleurs, de tension et de gonflement dans les parties, accidents peu ordinaires, même à la suite d'un accouchement pénible et long, le célèbre accoucheur l'examina et observa que les grandes lèvres étaient tuméfiées, de couleur brune ou livide, surtout celle du côté gauche ; que le gonflement était accompagné d'une grande ecchymose qui recouvrait toute la fesse gauche, et qui s'élevait au-dessus de la crête de l'os des îles. Des lotions, des fomentations, des cataplasmes dissipèrent le gonflement des grandes lèvres et firent disparaître assez promptement l'ecchymose, de sorte que la malade put se lever et marcher, quoiqu'avec peine, après une douzaine de jours, et sortir même avant la fin de la troisième semaine, n'attribuant à cette époque le malaise qu'elle éprouvait, et les douleurs sourdes et profondes qu'elles ressentait, qu'à la situation gênante dans laquelle on l'avait retenue longtemps, et au défaut de forces et d'exercice. Peu de jours après la première sortie, ces douleurs sourdes et profondes devinrent aiguës et lancinantes, accompagnées de frissons et de fièvre ; une tumeur dure, circonscrite, que la malade avait déjà remarquée au bas de la fesse près de la vulve, prit du développement ; et en même temps la gêne, la pesanteur et l'espèce d'obturation dont elle se plaignait du côté de l'intérieur du vagin, parurent plus incommodes. Ces accidents déterminèrent à redemander Baudelocque, qui ne vit alors qu'une tumeur qu'il était pressant d'ouvrir et qu'il était loin de présumer de l'espèce du thrombus. L'étendue du foyer, sa profondeur, ses connexions d'une part avec le vagin et de l'autre avec l'intestin rectum, les accidents qui semblaient annoncer un foyer purulent, portèrent cet accoucheur à ne point se charger d'une opération qui pouvait exiger les lumières d'un chirurgien consommé, et des pansements réguliers et longs. Il conseilla d'appeler Pelletan qui ne fut pas moins étonné que lui de ne trouver que du sang dans ce vaste dépôt, et un sang dont la couleur et l'odeur annonçaient qu'il n'était pas récemment épanché.

Le peu de sang vermeil qui sortit ne donnant aucune crainte d'hémorrhagie consécutive, ni même celle de voir le foyer se remplir de nouveau, on introduisit seulement une bandelette dans l'incision et on pansa simplement. Mais le lendemain voyant que la poche s'était remplie et qu'il s'était écoulé assez de sang au dehors pour ne laisser aucun doute que les vaisseaux déchirés en verseraient encore, on introduisit quelques bourdonnets liés dans le fond du foyer, et on tamponna légèrement le vagin, ce qui réussit parfaitement. Ce foyer parut moins vaste aux pansements suivants. Les parois se rapprochèrent de jour en jour, et la guérison en fut complète en moins d'un mois. (*Journal général de méd.*, t. 1, pag. 466.)

On voit qu'une partie de l'épanchement avait été absorbée lorsque l'autre partie cherchait à se frayer une issue au dehors à l'aide de l'inflammation. Le frisson et la fièvre, indices de la suppuration, existaient dans le fait de Siebold et dans un autre consigné dans l'ouvrage de Peu, et qui trouvera bientôt sa place dans ce travail. L'hémorrhagie qui suivit l'ouverture du dépôt et qui provenait de vaisseaux ouverts depuis plus de trois semaines, mérite de fixer l'attention et sera rappelée lorsque je traiterai des indications curatives.

Les thrombus de la vulve et du vagin se rompent quelquefois par excès de distension ; le sang s'écoule et la guérison s'opère. Aux exemples déjà cités de ce mode de terminaison, je joindrai le suivant.

Je vis en 1788, dit Barbaut, une dame qui accoucha si promptement de son troisième enfant, que la garde fut obligée de le recevoir.

Peu après la délivrance, cette dame éprouva des douleurs périodiques que l'on prit pour des tranchées. Ces douleurs continuèrent pendant plusieurs heures et ne se calmèrent que quand la malade eut perdu une assez grande quantité de sang. La garde, en retirant un linge qui se trouvait rempli de caillots, vit que la fesse, la cuisse et la grande lèvre du côté droit étaient ecchymosées dans une grande étendue, et en écartant la tumeur que formait la grande lèvre, elle aperçut une déchirure assez grande pour permettre au doigt de pénétrer dans un foyer profond, rempli de caillots. Il y eut une consultation dans laquelle on se borna à prescrire des lotions et des injections d'eau d'orge miellée, d'eau vulnéraire, et l'accident n'eut aucune suite fâcheuse. (*Cours d'accouchements*, t. 1, pag. 49.)

Il n'est pas rare, après une semblable rupture, de voir la gangrène s'emparer d'une partie des parois du foyer et venir donner plus d'étendue à l'ouverture.

Mme Lachapelle vit une tumeur se développer en moins d'un quart d'heure, chez une femme âgée de vingt-six ans, en travail de son

premier enfant, au moment où la tête descendait dans le vagin. Cette tumeur parut envahir principalement la nymphe gauche ; elle acquit promptement un volume assez considérable pour obstruer le vagin et arrêter la marche du travail qui durait déjà depuis six heures. Cependant deux heures après cet événement, la tumeur se rompit et donna issue à un énorme caillot de sang ; la tête alors put s'avancer et l'accouchement fut à l'instant terminé. Une eschare gangréneuse a enveloppé les bords de la déchirure ; mais la guérison n'en a été que fort peu retardée. (*Prat. des accouch.*, t. 3, page 201.)

Ce fait peut être ajouté à ceux dans lesquels la tumeur a mis obstacle à l'accouchement. Mme Lachapelle fait remarquer que la gangrène n'a que fort peu retardé la guérison. Peut-être a-t-elle, au contraire, accéléré cette guérison, prévenu des accidents en rendant plus facile et plus prompte la détersion du foyer.

Il me reste à examiner la terminaison par gangrène. Th. Reeve va m'en fournir un exemple remarquable.

Le 13 septembre 1787, je fus appelé, dit ce praticien, chez une femme âgée de trente-deux ans, parvenue au terme de sa première grossesse, et qui éprouvait depuis le matin les douleurs de l'enfantement. Elle accoucha naturellement, et au bout de cinq minutes, le placenta fut expulsé. Mais après la délivrance, la femme se plaignit d'éprouver des douleurs cruelles vers le périnée ; *ces douleurs étaient bien plus vives, bien plus aiguës que celles de l'accouchement ;* elles allaient toujours en augmentant, et bientôt il survint une syncope. En reprenant connaissance, l'accouchée dit qu'elle avait une grosseur à la vulve. On aperçut en effet, auprès du périnée, une tumeur dure dont le volume s'accrut rapidement au point d'occuper toute la grande lèvre gauche depuis le périnée jusqu'au ligament de Poupart. Le lendemain elle égalait le volume du fœtus ; les téguments paraissaient sur le point de se rompre. On fit usage des compresses trempées dans l'eau végéto-minérale. Le troisième jour, on remarquait sur divers points une couleur livide ; la gangrène s'était emparée de la plus grande partie des téguments. Le quinquina fut administré en substance à haute dose ; on eut recours à des cataplasmes anti-septiques fréquemment renouvelés. La chambre fut aérée, ventilée pour diminuer la mauvaise odeur qui devenait de plus en plus grande. Le sixième jour, l'eschare se détacha et il s'écoula une quantité considérable de pus et de sang caillé. Dès ce moment une grande amélioration se déclara et la guérison fut complète au bout de trois semaines. Lors de l'apparition de la tumeur, il y eut une rétention d'urine qui nécessita le cathétérisme. *(London med. Journ.*, 1788, pag. 119.)

L'art, chez cette femme, a bien peu contribué à la guérison. Jusqu'au moment où l'eschare s'est détachée, où le liquide épanché a pu s'écouler, tous les moyens mis en usage avaient été sans efficacité contre les douleurs. C'est la gangrène qui a commencé la cure. Cette gangrène a eu lieu à l'extérieur. Dans l'observation suivante, elle a eu lieu en différents points et dans la profondeur des parties.

Une femme contrefaite, affectée d'une hernie ombilicale, éprouvait les douleurs de l'enfantement depuis vingt-quatre heures, et quoique ces douleurs fussent assez fortes depuis près de douze heures, le travail avançait lentement parce que l'enfant était fort et le bassin resserré. Fichet de Flechy, appelé auprès de cette femme, réduisit la hernie ombilicale et la maintint réduite au moyen d'un bandage de corps : il recommanda à la sage-femme de comprimer et de soutenir l'ombilic avec la main pendant chaque douleur. Avec le temps, des contractions plus fortes et plus rapprochées eurent lieu ; la tête de l'enfant après s'être allongée et comme moulée à la filière que lui offrait le détroit inférieur, parvint à le franchir ; Fichet fut appelé de nouveau pour faire l'extraction des épaules qui se trouvaient arrêtées, il opéra en même temps la délivrance.

Le lendemain matin, les parties externes de la génération étaient extrêmement tuméfiées, douloureuses et enflammées : on les recouvrit avec un cataplasme, qui fut continué les jours suivants.

Le troisième jour, les lochies se supprimèrent ; il survint de la fièvre, mal de tête, difficulté de respirer, crachement de sang et dévoiement. Ces accidents furent combattus par cinq saignées du bras, des boissons pectorales, des potions huileuses kermétisées et des lavements.

Le huitième jour, le gonflement des grandes lèvres avait tellement augmenté, qu'il s'étendait sur le périnée et jusqu'à l'anus. La grande lèvre droite continuant à grossir, étant le siége de douleurs très-vives et d'une eschare gangréneuse, Fichet se décida à y faire une incision qui donna issue à une chopine de sang noir, coagulé, d'où résulta un grand calme. Deux jours plus tard, il ouvrit également un dépôt dans la grande lèvre gauche. Ces diverses incisions, faites avec précaution dans la crainte qu'il n'y eût dans les tumeurs des portions d'intestin, firent voir qu'il existait de chaque côté du vagin un délabrement considérable. Le lendemain de l'opération, on trouva l'appareil rempli de matières fécales ; la cloison recto-vaginale était en partie détruite inférieurement. Malgré cette complication, des injections vulnéraires et détersives, avec un pansement méthodique, procurèrent la guérison de la malade en moins d'un mois. (*Observ. de méd. chir. et accouch.*, pag. 375.)

On voit que la gangrène s'était manifestée à l'extérieur et avait en même temps détruit la cloison recto-vaginale à sa partie inférieure. On pourrait croire que la gangrène de la cloison recto-va-

ginale a été occasionnée par la compression que cette partie a éprouvée de la part de l'enfant; mais je ferai remarquer qu'il n'est point dit que la tête du fœtus eût séjourné longtemps contre cette partie : que les gangrènes qui s'observent quelquefois lorsque l'enfant a séjourné pendant longtemps dans le détroit inférieur, par suite ou non de rétrécissement du bassin, n'ont pas lieu ordinairement à la partie inférieure de la cloison recto-vaginale, mais bien dans un point plus élevé, et surtout en avant dans la paroi antérieure du vagin, d'où résulte plus fréquemment la perforation de la vessie et du canal de l'urèthre. Il me paraît bien plus rationnel de croire que beaucoup de sang s'étant extravasé dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, aura distendu beaucoup cette cloison et aura amené par suite la gangrène.

Dans une observation d'Ulsamer, mentionnée par d'Outrepont, on voit qu'une ouverture gangréneuse, survenue le deuxième jour, permit la sortie des caillots ; mais il se forma entre le rectum et le vagin une cavité à parois noires, putrides, se prolongeant jusqu'à la saillie sacro-vertébrale. On pouvait introduire toute la main dans cette cavité. La guérison ne fut obtenue qu'après six semaines d'un traitement méthodique.

Il n'existe aucun exemple de fistule vésico-vaginale due à la même cause. On en conçoit facilement la possibilité, et peut-être, ainsi que le remarque Siebenhaar, quelques-unes de ces fistules qui succèdent à l'accouchement sont-elles la suite de thrombus. Je dois faire observer cependant que l'infiltration, et surtout l'épanchement du sang, sont difficiles et rares dans la paroi antérieure du vagin.

Diagnostic.

Le diagnostic des thrombus de la vulve et du vagin paraît facile. La préexistence de varices, l'apparition brusque de la tumeur et l'augmentation rapide de son volume, une dureté insolite ou de la fluctuation, souvent une cause déterminante bien évidente, telle que coup, chute, effort violent, voilà autant de circonstances qui peuvent éclairer le diagnostic. Des erreurs assez grossières ont cependant été commises.

Je dois dire d'abord qu'il ne faut pas confondre avec les thrombus certaines tumeurs variqueuses des grandes lèvres qui peuvent acquérir un volume considérable, durer très-longtemps, sans occasionner beaucoup d'incommodité. Mauriceau rapporte un exemple remarquable de ces varices, observé chez une femme de soixante ans, et qui en était affectée depuis vingt ans. La grande lèvre gauche avait la grosseur des deux poings. Des symptômes d'inflammation et de suppuration s'étant manifestés dans cette partie, on fit une incision qui donna issue à une grande quantité de pus semblable à de la lie de vin. La guérison ne tarda pas à avoir lieu.

Mauriceau dit avoir vu plusieurs autres femmes, et même des femmes grosses, avoir des tumeurs semblables, de médiocre grosseur, à l'une des grandes lèvres, sans autre accident qu'une douleur assez considérable qui en détermine la suppuration. (*Ouv. cité*, t. II, pag. 29, 7e édit.)

Le docteur Massot, dans un mémoire adressé à l'Académie royale de Médecine, en fait connaître un exemple très-curieux, et que je vais consigner ici.

« Je connais, dit-il, une femme qui, à la suite d'un seul et unique accouchement, porte une tumeur variqueuse à chaque grande lèvre. A l'époque où les menstrues doivent arriver, ces tumeurs acquièrent le volume d'une grosse orange; quand l'écoulement a paru, elles diminuent considérablement de volume, surtout si les règles sont abondantes. Des sangsues appliquées à la marge de l'anus ont plusieurs fois amené cette diminution, lorsqu'elle n'avait pas eu lieu spontanément. Il arriva une fois que, dans un violent accès de colère accompagné de mouvements forcés et rapides, ces tumeurs s'ouvrirent; il s'en écoula une grande quantité de sang d'abord liquide, d'un rouge noir, ensuite grumelé. La guérison s'en opéra très-bien et fut grandement aidée par une compression méthodique. »

Dans ce fait, comme dans ceux dont parle Mauriceau, le sang était contenu dans les veines plus ou moins largement dilatées ; il n'était point extravasé ou épanché dans le tissu lamineux voisin : il n'y avait donc pas thrombus. Les tumeurs ne différaient en rien, par leur nature, des varices situées en d'autres lieux du corps.

La couleur violacée des parties affectées de thrombus, quoique très-fréquente, n'existe pas toujours, et l'absence seule de ce signe pourrait embarrasser les praticiens, s'ils n'étaient point prévenus. Alix cite un fait très-remarquable à cet égard.

Une femme, d'un tempérament très-sanguin, enceinte pour la première fois, et qui avait négligé de se faire saigner pendant sa grossesse, éprouva, au terme ordinaire, les douleurs de l'enfantement. La tête du fœtus, en raison de son grand volume, séjournait dans le bassin, lorsque tout à coup, au milieu d'efforts violents, les deux lèvres de la vulve acquirent un volume considérable, ce qui, joint à la grosseur de la tête de l'enfant, rendait encore l'accouchement plus difficile. La sage-femme, qui n'avait jamais rien vu de pareil, fit appeler un chirurgien : celui-ci croyant avoir affaire à une double hernie, pratiqua une saignée du bras, fit recouvrir les tumeurs de cataplasmes émollients, et, à diverses reprises, il essaya d'en faire la réduction.

Passant par hasard dans le village, dit Alix, pour visiter un homme qui avait fait une chute de cheval, on me pria d'aller voir cette femme, que l'on regardait comme moribonde. Je la trou-

vai extrêmement affaiblie, n'ayant plus de douleurs pour accoucher. Les deux lèvres de la vulve étaient très-tuméfiées, sans changement de couleur à la peau ; elles fermaient exactement l'entrée du vagin. Une fluctuation bien manifeste me fit soupçonner quelque extravasation. Je pratiquai sur la partie inférieure de la marge de chaque lèvre une incision assez profonde pour atteindre le tissu cellulaire : aussitôt il s'écoula une grande quantité de sang tant coagulé que liquide. Je fis ensuite sortir avec le doigt tout ce qui ne s'était pas échappé au dehors. Les lèvres reprirent petit à petit leur volume ordinaire ; il me fut alors très-facile de terminer l'accouchement. A l'aide du forceps, que le chirurgien avait apporté, j'amenai un garçon bien portant. J'introduisis dans les plaies de la charpie sèche, que je fis tenir avec un amplâtre agglutinatif ; le tout fut ensuite recouvert de plumasseaux imbibés de vin miellé. Dans l'espace de neuf jours, la guérison fut complète. (*Observata chirurgica* , *fascicul.*, t. II, pag. 95.)

Cette observation me paraît fort curieuse sous le rapport du diagnostic. L'épanchement sanguin fut d'abord pris pour une double hernie et traité comme tel. Le défaut de changement de couleur à la peau pouvait faciliter l'erreur, malgré la fluctuation que l'on supposait peut-être dépendre de la présence d'un liquide séreux dans le sac herniaire. Il faut se rappeler que les hernies souspubiennes n'acquièrent jamais un volume considérable, qu'elles ne peuvent pas se former ni grossir lorsque l'excavation pelvienne est entièrement occupée par la tête du fœtus. La fluctuation sera, ce me semble, d'un bien plus grand secours que l'impossibilité de la réduction, qui peut exister avec une hernie tout aussi bien qu'avec un thrombus.

Plusieurs fois cependant on a pris de pareilles tumeurs pour des hernies. D. Macbride commit cette erreur. Clegorhn, appelé en consultation, ne soupçonna pas davantage le carrctère du gonflement de la grande lèvre, et ce ne fut qu'après la rupture des parois du thrombus que ces praticiens reconnurent l'accident auquel ils avaient affaire. Voici le fait.

Dans le courant du mois d'août, on m'appela, dit Macbride, pour voir une dame qui était délivrée depuis une heure. Cette dame éprouvait encore de si grandes douleurs, que les personnes qui l'entouraient craignaient de la voir mourir. En recherchant la cause de ces douleurs, je trouvai qu'elles étaient dues à une tumeur considérable qui occupait une des grandes lèvres. Cette tumeur, très-douloureuse, était survenue immédiatement après la délivrance, quoique l'accouchement eût été très-facile. Au premier abord, je fus porté à croire que c'était une hernie ; que les viscères n'étant plus soutenus après la délivrance, comme pendant la grossesse, s'étaient échappés et formaient hernie. Toutefois, réfléchissant sur la situation de la malade, que je regardais comme peu commune et dangereuse, je fis appeler le docteur Clegorhn et la personne qui avait présidé à l'accouchement.

Une heure s'écoula avant que nous fûmes réunis, et pendant ce temps la tumeur acquit le volume de la tête d'un enfant à terme, s'étendit jusqu'au périnée, devint le siége de douleurs atroces, et prit une couleur livide.

Le cas étant nouveau, et aucun de nous ne pouvant bien reconnaître le vrai caractère de la tumeur, nous conseillâmes des fomentations spiritueuses, et nous convînmes de revoir la malade dans la soirée.

Lors de notre seconde visite, les douleurs n'étaient pas diminuées ; la tumeur avait encore augmenté de volume, et les téguments, en partie mortifiés sur le point le plus saillant, étaient près de se rompre. La rupture ayant eu lieu pendant la nuit, il s'écoula une grande quantité de sang coagulé. Les douleurs diminuèrent aussitôt, et lorsque nous vîmes la malade dans la matinée, il nous fut facile de reconnaître le caractère de la tumeur, et nous conçûmes l'espoir de sauver la malade. Une partie considérable de la peau étant frappée de gangrène, on facilita la séparation des eschares avec un digestif approprié ; on continua les fomentations. Pendant une semaine, la quantité de sang coagulé qui s'écoulait à chaque pansement était considérable ; cette quantité diminua petit à petit ; le reste du sang extravasé, ou fut absorbé, ou fut entraîné par la suppuration, et vers la fin du deuxième mois il ne restait aucune apparence de la tumeur ; la plaie était cicatrisée, et la femme n'éprouvait aucune suite de cet accident. (*Med. observ. and inquir,* vol. V, page 86, 1776.)

On voit dans ce cas l'incertitude de trois praticiens sur le diagnostic de la tumeur jusqu'au moment de son ouverture. On soupçonna une hernie sans cependant avoir d'idée arrêtée. Il n'en fut pas de même dans le fait suivant, rapporté par Pacull.

Une tumeur sanguine, de la nature du thrombus, d'un volume double de celui d'un œuf de poule, tendue, douloureuse, *sans changement de couleur à la peau*, survenue à la grande lèvre droite immédiatement après l'accouchement, fut prise d'abord pour une hernie vaginale et tourmentée pendant trois jours par des tentatives de réduction. Le véritable caractère de la tumeur ayant alors été reconnu, on tenta de la vider par le trois-quarts. Les caillots ne pouvant sortir, il fallut en venir à l'incision pratiquée sur la canule de cet instrument. Le pansement fut simple et la guérison très-prompte.» (*Journal général de Médecine*, t. XIII, pag. 61.)

Dans ce fait, l'erreur a été complète. Il suffit, ce me semble, d'être prévenu de sa possibilité, pour que, avec un peu d'attention, on parvienne à

l'éviter. L'observation présente un second exemple, dans lequel la couleur de la peau n'avait subi aucun changement. Elle est encore remarquable par l'inutilité d'une ponction avec le trois-quarts.

Des erreurs d'une autre nature ont été commises, et dans une observation que j'ai rapportée d'après Casaubon, on voit qu'un thrombus de la vulve a été pris pour un renversement du vagin. Des tentatives de réduction occasionnèrent la rupture de la tumeur, d'où il résulta une hémorrhagie mortelle. Casaubon assure avoir connaissance de deux autres cas, dans lesquels une semblable erreur de diagnostic fut commise, et de pareilles manœuvres furent suivies du même résultat. On a peine à concevoir des fautes aussi grossières; elles ne peuvent être commises que par des personnes tout à fait ignorantes. La différence entre ces deux affections est si grande, que je ne crois pas devoir m'y arrêter.

Le docteur Siebenhaar pense qu'on pourrait confondre le thrombus vulvaire avec une tumeur purement inflammatoire occasionnée par du sang accumulé dans les vaisseaux capillaires : *tumor mere inflammatorius, a sanguine in vasis capillaribus accumulato, natus*. L'auteur entend sans doute parler du phlegmon commençant. Il donne le défaut de fluctuation, la surface égale de la tumeur, les douleurs ardentes dont elle est le siége, comme les principaux caractères qui serviront à la distinguer du thrombus; il ajoute l'absence de la coloration brunâtre de la peau des environs de l'anus et du vagin. Je viens de rapporter deux faits, celui d'Alix et de Pacull, qui démontrent que cette coloration brunâtre de la peau n'existe pas toujours. D'autres faits prouvent également que la fluctuation n'est pas constante, que la tumeur peut avoir une surface égale, et qu'elle est fréquemment le siége de douleurs très-vives. On serait exposé à être grandement induit en erreur, si l'on s'en rapportait aux caractères donnés par le docteur Siebenhaar. Il me semble que le mode de développement de la tumeur devra être pris en grande considération. Le thrombus survient toujours subitement, tandis que l'inflammation met beaucoup plus de temps à s'établir.

Ces réflexions me paraissent applicables aux abcès des grandes lèvres; les circonstances commémoratives, la marche que la tumeur a suivie dans son développement, pourront servir à faire toujours reconnaître un véritable abcès d'une inflammation et d'une suppuration occasionnées par la présence de sang épanché ou extravasé. Est-il nécessaire de donner, avec Kronauer et Siebenhaar, les caractères propres à faire distinguer les tumeurs sanguines des infiltrations séreuses des grandes lèvres? Je ne pense pas que l'on puisse jamais être embarrassé pour distinguer ces deux affections l'une de l'autre.

Quand le thrombus ne fait point saillie au dehors, qu'il a son siége dans le tissu cellulaire qui environne le vagin, le diagnostic présente de plus grandes difficultés, et je suis convaincu alors que le mal reste souvent ignoré. Le toucher seul peut le faire connaître, soit qu'on pratique cette opération pour rechercher la cause des vives douleurs que l'accouchée éprouve dans le bassin, du sentiment de pesanteur sur le fondement qui la tourmente, des efforts d'expulsion auxquels elle se livre, efforts occasionnés par la pression que la tumeur exerce sur l'anus, et qui étaient si violents chez la femme observée par Solayrès, chez celle dont le docteur Vingtrinier a publié l'histoire; soit qu'on ait recours au toucher à l'occasion d'une hémorrhagie interne de l'utérus, ou d'une hémorrhagie externe. L'écoulement du sang, en effet, est quelquefois le seul phénomène apparent, ainsi qu'on le voit dans le fait rapporté par Casaubon. La femme ayant succombé à une hémorrhagie, ce médecin pratiqua l'opération césarienne; fort étonné de trouver la matrice dans l'état sain et le placenta adhérent partout, il poursuivit ses recherches et il découvrit que le sang s'était écoulé d'un thrombus qui avait son siége au-dessus des parois du vagin. Ce thrombus avait été complétement ignoré; il l'eût été également dans la circonstance suivante si la sortie de l'arrière-faix n'avait présenté quelque difficulté.

Une femme âgée de vingt-six ans, robuste, était naturellement accouchée de son premier enfant. Au bout d'une demi-heure, l'arrière-faix résistant à de légères tractions exercées sur le cordon ombilical, on introduisit un doigt dans le vagin pour en faciliter la sortie. On découvrit, à deux pouces environ de profondeur, sur le côté gauche de ce canal, une déchirure longue d'un demi-pouce; le doigt put toucher l'intestin rectum, et en le recourbant il pénétra jusque dans la grande lèvre gauche : toutes ces parties étaient tellement remplies de sang, que la lèvre était très-gonflée. Cependant l'accouchée ne souffrait en aucune manière, et quoiqu'elle eût perdu beaucoup de sang sa santé n'était pas altérée. On lui prescrivit de garder le repos le plus absolu pendant les jours suivants. Boer avait pensé à pratiquer une incision; mais comme, malgré toute attente, le bon état de la plaie et l'absence de fièvre permettaient de différer cette opération, on se borna à l'emploi des fomentations résolutives. Ces moyens simples suffirent, et à l'aide d'une nourriture légère, la plaie se rétrécit de telle sorte que la malade put sortir de l'hôpital parfaitement guérie, le seizième jour après son accouchement. (*Joerg, Versuche und Beytrage, etc., Leipzig,* 1806, pag. 232.)

Il est bien rare que les tumeurs sanguines de la vulve soient accompagnées de si peu d'accidents, et je le répète, sans le besoin d'aider à la délivrance, on eût probablement méconnu la maladie. D'autres fois, c'est en pratiquant le toucher pour s'assurer de l'état de l'utérus chez des femmes qui

éprouvaient des syncopes sans écoulement apparent de sang, que des thrombus ont été reconnus.

Mme Lachapelle raconte qu'une de ses élèves, établie à Noisy-le-Sec, fut appelée le 17 août à sept heures du soir, près d'une femme pléthorique âgée de vingt-sept ans, et parvenue au terme de sa première grossesse. Cette femme avait constamment refusé la saignée, malgré les incommodités auxquelles elle avait été soumise. A la partie latérale gauche du vagin, on sentait quelques inégalités mollasses, assez saillantes et probablement variqueuses. La tête s'avançait dans la deuxième position; le travail marchait régulièrement, et à dix heures du soir, l'accouchement était terminé.

Le 19 août au matin cette femme est prise d'une syncope. La sage-femme veut s'assurer de l'état de l'utérus, et elle sent entre les cuisses de l'accouchée une tumeur lisse, rénitente, violacée, de la grosseur à peu près de la tête d'un adulte, et formée par le développement de la grande lèvre gauche. Eloignée de toute personne de l'art, cette sage-femme se décida à faire à la tumeur une ouverture par laquelle elle put extraire une grande quantité de caillots noirâtres et fétides que contenait non-seulement la grande lèvre, mais encore le tissu cellulaire du bassin. Après cette opération, des injections répétées suffirent à la détersion du foyer, qui trois semaines après était totalement cicatrisé, sans que la femme ait éprouvé d'autre accident qu'une légère fièvre bilieuse. (*Prat. des Accouch.*, t. III, pag. 200.)

La fétidité des caillots annonce qu'ils avaient déjà subi un commencement de décomposition putride, que par conséquent il existait dans le vagin, sans doute, une ouverture qui avait permis l'accès de l'air. L'écoulement de sang qui aura suivi cette ouverture spontanée aura été peu considérable, et confondu avec les lochies.

Quel que soit le motif pour lequel on pratique le toucher, le doigt introduit dans le vagin trouve le canal obstrué plus ou moins complétetement par une tumeur qui en change la direction. Cette tumeur, ordinairement dure vers sa circonférence, fluctuante à son centre, insensible à la pression, est située le plus ordinairement sur les parties latérales, quelquefois en arrière, bien plus rarement en avant. Tantôt elle est circonscrite; plus souvent on ne lui trouve pas de limites, et elle peut s'étendre très-loin dans le tissu cellulaire environnant, jusqu'autour des reins, et dans le mésentère, ainsi que cela a eu lieu dans trois faits observés par Baudelocque, Boer et Chaussier.

Lorsque le thrombus survient pendant le travail de l'enfantement, il faut prendre garde, dit le docteur Legouais, de le confondre avec quelque partie du fœtus. Je n'ai pas connaissance que cette erreur ait été commise par des personnes de l'art, non plus que celle dont parle le docteur Dewees, qui assure cependant qu'on a pris quelquefois les tumeurs sanguines du vagin pour la poche des eaux. La plus légère attention suffira pour éviter ces deux méprises.

Après la délivrance ces tumeurs ont été prises pour l'utérus renversé. Voici un exemple curieux d'une pareille erreur; le fait a été observé par Coutouly, et consigné dans ses Mémoires, page 140.

Le 7 octobre 1786, je fus mandé à cinq heures du soir, dit-il, pour voir une dame accouchée deux heures auparavant. Le travail avait duré quatorze ou quinze heures; l'enfant était d'un volume considérable. Immédiatement après l'accouchement, cette dame avait ressenti à la partie interne de la cuisse gauche, une douleur qui, suivant ses expressions, ressemblait à des milliers d'épingles qui l'auraient piquée. La sage-femme l'ayant touchée, reconnut une tumeur qu'elle prit pour un renversement de la matrice. Je fus appelé après qu'elle eut essayé inutilement la réduction de ce prétendu renversement. Le toucher me fit reconnaître dans le côté gauche du vagin une tumeur qui ne m'empêcha cependant pas de parvenir jusqu'à l'orifice de la matrice et de m'assurer que cet organe n'était pas renversé. Je découvris la malade afin de mieux reconnaître la nature de cette tumeur qui était du volume d'un très-gros œuf. J'écartai les grandes lèvres; la droite était déchirée à sa partie inférieure dans la longueur de sept à huit lignes. Je conseillai l'application de compresses trempées dans du vin tiède, et renouvelées très-souvent. Comme la malade demeurait dans la maison de M. Lesne, un de mes collègues, je le priai de vouloir bien joindre son avis au mien. Deux heures après ma première visite, j'examinai avec lui la tumeur qui, dans ce court espace de temps, avait acquis le double de son volume. Nous reconnûmes qu'elle était sanguine; elle débordait la vulve et s'étendait extérieurement jusqu'à la partie interne de la cuisse, en se prolongeant intérieurement vers le périnée et supérieurement vers le pubis. Nous conseillâmes de faire dans la vulve des injections avec la décoction de quinquina animée d'eau-de-vie, et d'appliquer extérieurement des compresses trempées dans la même liqueur. Le lendemain matin, la tumeur était une fois plus grosse que la veille; elle se prolongeait inférieurement jusqu'à la tubérosité de l'ischion et supérieurement au-dessus du pubis; elle était d'une couleur livide, couverte de phlyctènes, et elle exhalait une odeur très-fétide; la malade, qui avait passé une nuit très-orageuse, n'avait point uriné depuis qu'elle était accouchée. La compression qu'exerçait la tumeur sur le canal de l'urèthre, retenait l'urine dans la vessie et s'opposa à l'introduction de la sonde. Nous nous décidâmes à ouvrir la tumeur dans le lieu le plus déclive, ce que je fis par une

incision d'environ deux pouces de long, et assez profonde pour arriver jusqu'au foyer. Il sortit aussitôt beaucoup de sang liquide, et je retirai avec mes doigts une quantité de caillots assez grande pour en remplir une jatte de moyenne grandeur. Je fis ensuite des injections d'eau tiède pour entraîner le reste des caillots au dehors. L'introduction de la sonde, tentée pour la seconde fois, fut encore impossible. Des injections de quinquina furent faites dans le vagin et dans le foyer de la tumeur, qui s'affaissa peu à peu par le dégorgement. La malade urina assez librement pour la première fois, environ trente heures après son accouchement. Les injections anti-putrides furent continuées. Pour faciliter la sortie des caillots, je fis de légères pressions tant extérieurement que du côté du vagin. Je rencontrai dans ce canal une ouverture formée par la chute d'une eschare ; je pénétrai par cette ouverture dans le foyer, et introduisant en même temps deux doigts dans la plaie, je retirai encore beaucoup de sang coagulé. De fréquentes injections de quinquina corrigèrent la fétidité et arrêtèrent les progrès de la gangrène; enfin la tumeur s'affaissa peu à peu, et au bout d'environ trois semaines, la malade fut parfaitement guérie.

Cette observation est remarquable sous plusieurs rapports. Elle présente une tumeur qui, développée d'abord dans le vagin, se porta ensuite au dehors. Ce fut avant qu'elle ne devînt apparente à l'extérieur que l'erreur de diagnostic fut commise par la sage-femme qui avait présidé à l'accouchement. Si Coutouly reconnut de suite qu'il n'y avait pas renversement de l'utérus, il ne sut pas d'abord quelle était la nature de la tumeur qu'il touchait, ce qui démontre que le diagnostic n'en est pas toujours facile. L'accroissement de la tumeur pendant plus de douze heures est encore une circonstance digne de remarque ; il en est de même de l'impossibilité où l'on fut de faire parvenir une sonde dans la vessie ; enfin je noterai la formation d'une eschare malgré l'incision de la tumeur ; le vagin avait été tellement distendu et aminci dans un de ses points qu'il a dû tomber en gangrène en cet endroit.

Le toucher empêchera toujours de confondre les thrombus du vagin avec le renversement de la matrice. En introduisant le doigt profondément, comme l'a fait Coutouly, on trouvera l'orifice de l'utérus parfaitement libre. De plus, en appliquant la main sur l'hypogastre, on découvrira aisément le fond de la matrice qui n'a éprouvé aucun déplacement.

Il serait plus facile de confondre les tumeurs sanguines du vagin avec des hernies vaginales formées, soit par l'intestin ou l'épiploon, soit par la vessie. Mais ces hernies présentent des tumeurs molles, sans fluctuation, facilement réductibles ; car on ne conçoit guère la possibilité de leur étranglement. Elles diffèrent beaucoup des thrombus, comme l'on voit. Les signes propres à la hernie de vessie et qui se tirent principalement des phénomènes qui résultent de l'accumulation et de l'excrétion de l'urine, seront très-faciles à apprécier et n'appartiennent à aucune autre tumeur.

Ph. Peu a observé un thrombus vaginal, qu'on aurait pu prendre, dit-il, pour une chute de l'intestin ou de la matrice. Voici le fait extrait textuellement de sa Pratique des accouchements, page 530.

« Il survint à la femme d'un brodeur, ensuite d'une couche où ses vidanges avaient été retenues, une tumeur environ de la grosseur d'une moitié de vessie de porc, située dans le vagin, dont elle occupait toute la partie postérieure, ou pour mieux dire dans la duplicature de cette substance membraneuse qui lui sert de septum medium, qui le sépare du rectum. Sa partie la plus étroite était vers le haut entre la matrice et le rectum, et sa partie déclive à l'extrémité du col tenait presque toute la circonférence interne de son orifice externe. Elle était douce et unie au doigt et à l'œil, de couleur livide, tendante à noirceur, à cause du sang noir et brûlé qui paraissait à travers la tunique où il était renfermé. Faute de l'examiner, on l'aurait pu prendre pour une chute de l'intestin ou du col même de la matrice. Mais outre que les signes propres de ces deux derniers accidents ne s'y rencontraient pas, ce qui me mit entièrement hors de doute, fut qu'ayant passé les doigts fort avant du côté antérieur de cette tumeur, je trouvai l'orifice interne refermé et dans son état naturel. Ainsi assuré que c'était un abcès, je l'ouvris en présence de M. Bienaise, l'un de mes anciens confrères, et étant entré là-dedans comme dans une besace, j'ôtai plein un grand plat de matière qui ne faisait qu'une partie du tout, et remis l'autre au lendemain. Je lui fis de bonnes lotions avec le vin aromatique dans les deux premiers jours, puis d'autres vulnéraires et détersives selon les degrés, sans me servir de tampon sinon à l'endroit de l'ouverture seulement, que je diminuai de jour en jour. La plaie fut refermée et parfaitement guérie en trois semaines. »

Dans ce fait l'erreur de diagnostic n'a pas été commise, mais elle aurait pu l'être suivant Peu. Ce praticien dit avoir eu affaire à un abcès, et en conséquence on voudra peut-être ne voir là rien de commun avec les thrombus ; mais le volume de la tumeur, sa situation, sa couleur brune me portent à penser que la suppuration a été consécutive à un épanchement sanguin ; et peut-être la rétention des lochies signalée dans l'observation, était-elle occasionnée par l'obstruction du vagin due au volume du thrombus. Malheureusement ce fait manque de détails relativement à la formation et au développement de la tumeur. Tout ce qui a précédé la suppuration est omis.

Il me reste à parler des tumeurs qui peuvent faire saillie dans le vagin, soit qu'elles aient pris

naissance à la partie interne de ce canal ou de l'utérus, dans le tissu cellulaire du bassin, soit qu'elles reconnaissent pour cause un état morbide de l'ovaire ou même un calcul vésical. Les circonstances commémoratives seront du plus grand secours pour éclairer le diagnostic. La forme, la consistance, la situation de la tumeur, sa sensibilité à la pression, son accroissement, devront aussi être pris en grande considération, de même que sa couleur lorsqu'on pourra l'apercevoir. A l'égard d'un calcul vésical, il faut se rappeler que le thrombus vaginal a bien rarement son siége dans la paroi antérieure du canal. Le cathétérisme, d'ailleurs, levera toute espèce de doute.

Je terminerai ce qui est relatif au diagnostic des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin, en disant que les erreurs commises l'ont été à une époque où ces tumeurs n'étaient pas connues, et par des personnes qui n'avaient rien lu sur ce sujet, et qui n'avaient jamais observé rien de semblable, qui n'en avaient jamais entendu parler. Aujourd'hui que l'attention a été particulièrement fixée sur cette espèce de thrombus, l'erreur est moins facile, elle serait aussi beaucoup moins excusable.

Pronostic.

Les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin sont toujours un accident très-grave. Sur environ soixante faits de ce genre consignés dans les auteurs ou parvenus à ma connaissance, vingt-deux fois la mort de la femme a eu lieu, soit pendant la grossesse, soit pendant et après le travail de l'enfantement. Je dois dire que, dans quelques observations, l'issue de la maladie n'étant pas indiquée, je l'ai regardée comme heureuse ; de manière que le chiffre de la mortalité pourrait bien n'être pas assez élevé. C'est l'hémorrhagie extérieure qui a fait succomber les femmes dans la plupart des cas; et lorsque l'enfant n'était pas né, il a toujours péri avec sa mère. Une seule fois, il fut extrait vivant par l'opération césarienne; mais il ne vécut qu'une demi-heure. Il n'avait à la vérité que sept mois. (*Casaubon.*)

Lorsque la mort ne survient pas en peu de temps par la perte du sang, elle peut être occasionnée plus tard par la gangrène, une suppuration excessive de mauvaise nature, due à la décomposition putride des caillots, la résorption de la matière purulente, et peut-être l'inflammation qui se propage aux parties voisines. Nous avons trouvé, dit le docteur Legouais, un épanchement sanguin fort étendu dans tout le côté gauche du bassin d'une femme morte en couches à l'hospice de la Maternité. Nous ne pouvons cependant déterminer quelle influence cette circonstance a eue sur la mort de cette femme, qui, d'ailleurs, avait succombé avec tous les symptômes d'une inflammation abdominale.

Dans les cas les plus heureux, les thrombus de la vulve et du vagin déterminent fréquemment des douleurs très-violentes, dépendantes du gonflement, de la distension des parties, nécessitent souvent des incisions, et exigent toujours des pansements plus ou moins désagréables. Ils donnent lieu à des suites de couches toujours plus longues. L'exemple suivant confirmera ces assertions.

« La femme P***, détenue en la maison de justice de Rouen, a été prise de mal d'enfant le 7 avril 1828, à dix heures du matin. A une heure de relevée, elle était délivrée naturellement. Peu après, de fortes coliques sont survenues; la malade n'en fut pas surprise, parce que, dans ses couches précédentes, elle en avait eu de pareilles. Deux ou trois heures plus tard, ces douleurs devinrent expulsives, et cependant elles n'amenèrent aucun caillot; la matrice était d'ailleurs contractée.

» Pendant un effort d'expulsion, douze heures après l'accouchement, la malade ressentit une douleur dans le côté gauche de la vulve; cette douleur, différente des autres, augmenta, et la malade pria l'infirmière de s'assurer si elle ne verrait pas du gonflement. En effet, cette dernière aperçut une tumeur de la grosseur d'un œuf. Pendant trois heures, la tumeur augmenta de volume; elle avait alors la forme et le volume de la tête d'un fœtus à terme. La malade n'avait plus de douleurs expulsives.

» Appelé à quatre heures du matin, dit le docteur Vingtrinier, j'examinai les parties génitales, et je vis une tumeur lisse, violacée, développée dans la grande lèvre du côté gauche ; la peau du périnée et du pourtour de l'anus participait à sa couleur ; partout il y avait une sensibilité assez vive. Il était facile de voir qu'il y avait eu rupture de quelque veine et extravasation du sang dans la grande lèvre du côté gauche, dont le tissu très-extensible avait prêté considérablement. *Il n'était pas difficile de prévoir les suites immédiates et futures de cet accident*, et les indications à remplir.

» La tumeur comprimait le vagin, arrêtait l'écoulement des lochies, des caillots restaient engagés dans le vagin; ceux-ci pouvaient arrêter le sang dans la matrice elle-même, et produire une hémorrhagie interne; je m'empressai donc de vider le vagin des caillots qu'il renfermait, au moyen d'injections d'eau de guimauve, qu'on réitéra exactement d'heure en heure pendant la matinée.

» La tumeur était douloureuse ; il n'y avait conséquemment, dans le premier moment, que des fomentations émollientes à appliquer sur elle.

» La troisième indication était de vider cette espèce de poche, puisque l'épanchement semblait être arrêté par la stase du sang. Cependant, je ne voulus pas le faire de suite dans la crainte de voir l'hémorrhagie renaître, et d'éprouver des difficultés à l'arrêter. J'attendis donc quarante-huit heures pour remplir cette indication. Alors une incision de quatre pouces fut faite d'avant en arrière sur la

tumeur, qui était déjà affaissée et à peine douloureuse. Les caillots qu'elle renfermait furent enlevés ; mais comme ils étaient isolés dans les mailles du tissu cellulaire, on n'y parvint qu'à l'aide des injections, qui ont été continuées pendant plusieurs jours.

« Les suites de cet accident furent courtes et heureuses. Cependant, le tissu, qui avait subi une si grande extension, tomba en partie en gangrène ; des eschares se détachèrent. Ce travail naturel indiquait l'usage des lotions aromatiques et quelques toniques. L'emploi de ces moyens favorisa la suppuration et la cicatrisation de la plaie, qui fut complète le vingtième jour. » (*Revue Médicale*, septembre 1828, p. 397.)

Quoique l'événement ait justifié le pronostic, il est permis de croire que M. Vingtrinier se serait prononcé d'une manière moins absolue s'il avait eu connaissance de tous les faits de thrombus observés jusqu'à lui : et ce n'est pas sans raison que le docteur Meissner a écrit que, à la suite de ces thrombus, il se développe, avec une facilité et une promptitude extraordinaires, des inflammations dans les organes que contient le bassin. La disparition des douleurs, l'affaissement de la tumeur avant l'incision, me portent à penser que déjà il s'était fait une ouverture dans le vagin, ce qui a permis de différer cette incision sans inconvénients pendant quarante-huit heures.

Le danger des tumeurs qui nous occupent doit varier suivant le siége et l'étendue de l'épanchement. Les thrombus du vagin sont toujours plus fâcheux que ceux des grandes lèvres. *Cœterum itidem pejora erunt præsagienda, ubi thrombus vastiùs patet et suprà pelvis cavum altiùs ascendens, viscera abdominalia ad varios morbos lacessit.* Plus loin, le docteur Siebenhaar ajoute : *Prœterea, loci affecti ratione habita, œgrota minùs periclitatur ubi tumor latera occupat, quam ubi à tergo scissura exorta est, quia non solùm commodius tum evitari potest quin lochia per foramen exortum intrantia, caveam commaculent sed etiam major sanguini contento datur sponte sua profluendi opportunitas.* (*Ouvr. cité*, page 30 et 31.) Si la première assertion de l'auteur est de toute vérité, je ne sais jusqu'à quel point la seconde est fondée. Ses craintes, relativement à l'entrée des lochies dans la plaie, ne me paraissent pas bien importantes, et une contre-ouverture, dans tous les cas, rendrait facile l'écoulement des matières.

Je dois dire, en terminant ce qui est relatif au pronostic, que, dans plusieurs des cas qui ont amené la mort, on n'a point administré aux malades les secours convenables.

Traitement préservatif.

Les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin survenant le plus souvent brusquement, sans que rien en ait fait soupçonner l'imminence, il sera presque toujours difficile, sinon impossible, de les prévenir. La femme qui fait le sujet de l'observation du docteur Massot était très-sanguine, et ne voulut jamais consentir à se laisser saigner. Cette circonstance a-t-elle beaucoup contribué à l'accident qu'elle éprouva ? La chose est douteuse. Tous les jours on voit des femmes très-sanguines refuser de se soumettre à la saignée, et cependant accoucher sans thrombus. Si cependant on était instruit de l'existence de varices aux parties de la génération, il serait prudent d'avoir recours à la saignée. En diminuant la masse du sang on rendrait moins à craindre l'augmentation de volume, et par conséquent la rupture de ces varices. Peu en a donné le conseil. « Comme les femmes d'un tempérament sanguin, ou dans qui la colère domine, sont plus sujettes, dit-il, aux varices que les autres, il faudra dans leurs grossesses ne les point épargner, c'est-à-dire leur faire de fréquentes saignées, et y joindre quelques légères purgations pour éviter une trop grande plénitude. (Page 612.) »

Lorsque, pendant le travail de l'enfantement, on découvre des veines variqueuses sur les grandes lèvres ou dans le vagin, il est convenable de soutenir ces varices, pendant la douleur, avec les doigts. C'est le conseil qu'avait encore donné Peu dans le fait suivant, où malheureusement on ne fit pas ce qu'il avait si judicieusement ordonné.

« Voici, dit-il, ce qui arriva à une boulangère du faubourg Saint-Denis, dont le trépas n'est pas moins digne de récit que de pitié. Cette pauvre femme devint enceinte d'un enfant fort gros et fort puissant, dont la tête séjourna longtemps au couronnement, les eaux écoulées. Ce long séjour obligea enfin la sage-femme à m'envoyer quérir. J'avais déjà secouru la malade dans un pénible accouchement, où je la délivrai de deux enfants. Mais dans cet autre fâcheux accident, je ne pus que donner mon avis, qui fut de prendre patience et de ne rien forcer, d'autant que je trouvai les veines et les artères du col de la matrice dilatées, qui formaient une espèce de bourrelet autour et au dehors de la tête de l'enfant, de crainte que, par cette violence, l'aboutissement de ces vaisseaux variqueux ne vînt à se rompre, et que cette rupture ne fût suivie d'une mort subite, sans espérance d'aucun secours. Je donnai ordre en même temps de les soutenir avec la main pour empêcher ce symptôme dans les temps de la douleur, y tenant des linges trempés dans le vin chaud. Mais, soit qu'on n'observât pas exactement ce que j'avais prescrit, soit que la douleur y mît empêchement, il est trop certain que, au premier effort, cette espèce de bourrelet dont j'ai parlé creva au-dessus de la vulve, proche le méat urinaire, et qu'aussitôt le sang sortit d'une telle impétuosité et avec tant de force, qu'à peine la malade eût-elle le temps d'élever son esprit à Dieu. Pour moi, qui ne fus pas sitôt rentré dans mon logis qu'il me fal-

lut retourner sur mes pas, j'avoue que je fus extrêmement surpris de voir cette pauvre femme toute plongée dans son sang, et son enfant encore au même endroit où je l'avais laissé. (Page 610.) »

Dans un cas pareil ou dans des circonstances analogues, il ne faudrait pas aujourd'hui se borner aux conseils d'ailleurs fort judicieux donnés par Peu, et auxquels Siebold a ajouté la position horizontale de la femme, parce que, dit-il, la position verticale porterait trop de sang aux parties inférieures : il me semble que l'ouverture par la lancette de l'une des veines variqueuses pourrait être très-avantageuse. On déterminerait à la vérité un écoulement de sang qui peut-être n'aurait pas eu lieu ; mais cet écoulement serait de peu d'importance, et il serait toujours facile de s'en rendre maître. Il en résulterait un dégorgement des veines, une détumescence des parties qui rendraient leur déchirure bien moins à craindre au moment du passage de l'enfant. Je sais bien que cette déchirure produirait le même effet; mais elle peut n'intéresser que les vaisseaux, d'où résultera un thrombus ; ou bien elle peut en même temps comprendre largement la membrane muqueuse; car il est impossible de savoir d'avance où elle s'arrêtera. On sera exposé alors à une hémorrhagie d'autant plus difficile à suspendre, qu'il y aura un plus grand nombre de vaisseaux lésés. Il me paraît donc très important de prévenir cette déchirure. Si la nature agissait toujours aussi sagement que dans l'observation suivante, on pourrait demeurer spectateur tranquille ; mais malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et ce qu'elle a fait va nous montrer ce que l'art doit faire.

Une femme, d'une constitution molle et lymphatique, déjà mère de deux enfants, avait le long des cuisses et des jambes, aux grandes lèvres et dans le vagin, une grande quantité de varices, dont l'une, située dans le vagin, était surtout d'un volume très-remarquable. Le travail de l'enfantement se déclara au terme de sa troisième grossesse, et suivit d'abord une marche régulière; la tête s'engageait peu à peu dans l'excavation pelvienne; mais la varice du vagin augmenta de plus en plus de volume, finit par se rompre et par déterminer une hémorrhagie très-abondante. Ce fut en vain qu'on employa le tampon, et qu'on espéra de l'avantage des progrès du travail qui faisait avancer la tête. La persistance de l'hémorrhagie, la débilité croissante de la femme et la cessation des contractions de l'utérus obligèrent de recourir à l'usage du forceps. Au moyen de cet instrument, l'enfant fut extrait vivant et sans difficulté. L'hémorrhagie, qui avait persisté jusque-là, fut arrêtée sans retour par le tamponnement, et les suites de couches furent très-heureuses. (D'Outrepont, *Mémoires et matériaux concernant l'art des accouchements*, tom. Ier, pag. 202.)

On concevra aisément que si la rupture, au lieu de comprendre le vaisseau et la paroi du vagin, avait épargné cette dernière, on aurait vu survenir un thrombus d'autant plus considérable que l'hémorrhagie a été plus opiniâtre. Et certes, tout le monde conviendra, je pense, que les inconvénients de l'hémorrhagie extérieure ont été bien moins graves que ceux d'un thrombus, puisque, dans ce dernier cas, outre l'affaiblissement des forces de la femme, on aurait eu une tumeur qui aurait gêné plus ou moins le passage de l'enfant, et des désordres très-étendus dans le tissu cellulaire du bassin. Dans des circonstances semblables, ne craignons pas d'imiter la nature, d'ouvrir une varice pour faciliter le dégorgement des vaisseaux, éviter par conséquent des accidents plus fâcheux.

L'observation de d'Outrepont fait voir la nécessité de terminer immédiatement l'accouchement dès que les vaisseaux seront dégorgés. En agissant différemment, en voulant le confier à la nature, on s'exposerait à une hémorrhagie que la pression de la tête de l'enfant et les efforts de la femme rendraient très-difficile à arrêter : en supposant qu'on réussît à suspendre l'écoulement du sang, les vaisseaux pourraient se remplir de nouveau et se rompre ; on perdrait par conséquent le fruit de ce que l'on aurait fait. Est-il besoin de dire qu'on ne doit terminer l'accouchement que dans les cas où la dilatation de l'orifice de l'utérus est suffisante. Si cette dilatation n'était pas assez avancée, il faudrait temporiser, faire coucher la femme, lui recommander de s'abstenir, autant que possible, de tout mouvement, surtout de ne se livrer à aucun effort, en même temps qu'avec le doigt ou un tampon on suspendrait l'écoulement du sang, qu'on aurait soin toutefois de permettre de temps en temps, si l'on s'apercevait que les vaisseaux se distendissent, s'engorgeassent de nouveau.

Traitement curatif.

Les observateurs ne sont pas d'accord sur la conduite que l'on doit tenir dans le traitement des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin. Les uns, Hunter, Casaubon, veulent qu'en toutes circonstances on tente la résolution de ces tumeurs, qu'on ne se décide à les ouvrir qu'à la dernière extrémité. D'autres, en plus grand nombre, donnent au contraire le conseil de les ouvrir sur le champ, et parmi ces derniers il en est qui recommandent de faire sortir autant que possible tout le sang liquide ou coagulé, d'autres qui prescrivent d'abandonner son expulsion à la nature.

Nous allons voir que suivant certaines circonstances on doit tantôt avoir recours aux remèdes résolutifs, tantôt ouvrir immédiatement la tumeur, et la débarrasser des caillots qu'elle renferme.

Lorsque l'épanchement est peu considérable, que la peau et la membrane muqueuse ne sont pas

très-distendues, très-amincies ; si la fluctuation est obscure, que les progrès du thrombus soient arrêtés, on doit en tenter la résolution ; l'abondance du tissu cellulaire environnant, et par conséquent de vaisseaux absorbants nombreux, donnent un espoir fondé de l'obtenir.

Sanguine interea non immodice prolabente, dit Boer, *et ecchymoseos more suffuso, natura cum maxime per industriam adjuta, aliquandiu moliri resolutionem valet. Id vero ab experientia asserere de illis modo tumoribus possum, quæ infimam præcipuè vaginam occupant, seu alterutrum labium modo*, (pag. 325). Plus bas, Boer cite l'exemple suivant de la résolution d'un thrombus vulvaire.

In ægrarum una ex vena in internis vaginæ non procul ab illius orificio rupta, tantum sanguinis in vaginam et dextrum labium influxerat, ut tumor magnitudine infantis caput, scirrhum duritia æquaret, illæsa cute.

Morbus primum fomento discutiente tractatus : neque tamen præter suppurationem nisi quod tumorem maximam partem forte gangræna subiret, quidquam sperabatur, verum citra omnem expectationem, inter quatuordecim dies, sine ullo incommodo sequuta resolutio erat. (Page 326.)

J'ai déjà rapporté d'après le docteur Audibert un exemple de terminaison par résolution, et j'ai eu occasion d'en observer un autre.

Une dame, âgée de vingt et un ans, d'une constitution molle et lymphatique, était heureusement parvenue au terme de sa première grossesse, lorsque, le 14 juillet 1816, à deux heures du matin, elle fut éveillée par les douleurs de l'enfantement. Ces douleurs continuèrent pendant toute la journée, et, à neuf heures du soir, l'accouchement se termina naturellement; l'enfant était fort et bien portant ; la délivrance eut lieu spontanément au bout de huit à dix minutes.

L'accouchée était très-fatiguée, fort disposée à dormir; cependant elle n'eut qu'un sommeil interrompu par des douleurs qui avaient leur siége dans le bas des reins. Le lendemain, vers deux heures après midi, je trouvai cette dame dans un état satisfaisant ; les lochies étaient abondantes, sans caillots; le pouls et l'abdomen ne présentaient rien de particulier; la nuit fut meilleure; les douleurs dans le bas des reins étaient toujours aussi fortes et aussi fréquentes ; elles n'éprouvèrent un peu de diminution que dans le courant du troisième jour, pendant que la sécrétion laiteuse se fit : le quatrième jour, en questionnant la malade à l'occasion des douleurs dont l'existence n'est point ordinaire à cette époque, j'appris qu'elles étaient augmentées par les mouvements qu'elle faisait pour changer de position, surtout lorsqu'elle fléchissait les cuisses sur le bassin, ou qu'elle cherchait à soulever le siége, qu'elle ne pouvait rester couchée sur le côté gauche, qu'elle éprouvait constamment de la pesanteur sur le fondement. La garde m'assura qu'il n'y avait pas de gonflement aux parties externes de la génération ni au pourtour de l'anus. L'accouchée se refusant à toute espèce d'examen, je pensai que peut-être les douleurs étaient occasionnées par une accumulation de matières fécales dans le rectum. Je prescrivis un lavement qui procura une selle copieuse, sans amener de soulagement. Les accidents étant toujours les mêmes, la malade se décida le 6e jour à me laisser pratiquer le toucher. Je reconnus qu'il existait à la partie postérieure et latérale gauche de l'excavation pelvienne une tumeur du volume d'un œuf de poule, qui se dirigeait de la partie inférieure du vagin vers le trou sciatique. Sa plus grande largeur, d'environ dix-huit lignes, se trouvait contre le périnée ; sa longueur était de deux pouces ; elle était partout dure, résistante, peu douloureuse lorsqu'on la comprimait seulement du côté du vagin ; elle le devenait beaucoup plus lorsque cette pression était exercée en même temps par un doigt introduit dans ce canal, et d'autres doigts appliqués à l'extérieur. La peau de la fesse, vers le pli qui la sépare de la cuisse, était ecchymosée, avait une teinte violette. Je ne sentis de fluctuation en aucun endroit. Certain que la tumeur était formée par du sang infiltré, extravasé dans le tissu cellulaire, ne voyant aucune apparence d'accidents inflammatoires, j'espérai qu'elle se terminerait par résolution. Je fis continuer la position horizontale, recommandant à la malade de faire le moins de mouvements possible ; on fit plusieurs fois par jour des injections émollientes dans le vagin et des fomentations sur la fesse avec l'eau végéto-minérale animée d'alcool camphré. Le ventre fut maintenu libre à l'aide de lavements. Le dixième jour, la pesanteur sur le fondement et les douleurs avaient beaucoup diminué ; la malade ne souffrait que quand elle voulait changer de place dans son lit. Le quinzième jour, je pus de nouveau pratiquer le toucher; je reconnus que la tumeur avait diminué de plus de moitié ; elle n'existait plus qu'à la partie inférieure et latérale gauche du bassin, n'était pas douloureuse. Les mouvements que la malade exécutait étaient accompagnés de gêne plutôt que de douleur. Les mêmes moyens furent continués, à l'exception des fomentations, que l'on remplaça par le baume Opodeldoch. Le vingt-deuxième jour, la malade put faire quelques pas sans souffrir ; mais un peu de malaise, joint à un léger engourdissement qui de la fesse se prolongeait dans la direction du nerf sciatique, me déterminèrent à lui faire garder le repos et continuer l'usage du baume Opodeldoch. Le vingt-huitième jour, l'engourdissement avait disparu, et au bout de cinq semaines le rétablissement était complet.

Ce fait peut donner lieu à plusieurs remarques. La tumeur est survenue après la délivrance; il n'en existait aucune trace lorsque je pratiquai le toucher après la sortie du placenta pour m'assurer de l'état de la matrice. Elle a été méconnue pen-

dant plusieurs jours, les douleurs auxquelles elle a donné lieu n'étant pas assez fortes pour déterminer une réaction fébrile, nécessiter des moyens particuliers, ressemblant d'ailleurs beaucoup aux douleurs qui, très-fréquentes chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants, ne sont pas très-rares à la suite d'un premier accouchement. Le volume de la tumeur, et par conséquent la distension des parties voisines, n'étaient pas assez considérables pour faire naître ces douleurs atroces dont plusieurs observateurs ont fait mention. Dès que j'eus pratiqué le toucher, je n'eus pas un instant de doute sur la nature de la maladie : la dureté et la rénitence me donnèrent la certitude que le sang était infiltré et non épanché, réuni en foyer. Le peu de sensibilité me prouva qu'il n'y avait pas d'inflammation ; la couleur de la fesse m'indiqua que le sang s'était répandu au loin dans les parties voisines. Toutes ces circonstances étaient bien propres à me faire espérer la résolution. Ma conduite était toute tracée : je devais seconder la tendance de la nature, et l'événement a prouvé que je n'avais pas eu tort de compter sur sa puissance. Si les choses eussent tourné différemment, si des accidents inflammatoires se fussent manifestés, il aurait toujours été temps de donner issue au liquide épanché.

On voit que la résolution des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin est quelquefois possible ; et je le répète, on devra la tenter toutes les fois qu'elles seront peu volumineuses, qu'elles présenteront une dureté très-grande, qu'on n'y sentira point de fluctuation, ou tout au moins que la fluctuation sera très-obscure. La dureté du thrombus, l'absence de la fluctuation indiquent que le sang est extravasé, qu'il n'est pas ramassé en foyer, que par conséquent le tissu cellulaire a plutôt éprouvé une distension qu'une dilacération : je dois dire cependant que si, malgré ces circonstances favorables, il y avait des douleurs très-violentes, il faudrait renoncer à tenter la résolution ; on devrait alors évacuer le liquide épanché, seul moyen pour faire cesser ces douleurs ; comme elles dépendent entièrement de la distension des parties, il arrivera rarement qu'elles soient violentes quand la tumeur sera peu volumineuse. Une autre considération à laquelle il faudra avoir égard, c'est l'état dans lequel se trouve la femme. Si elle est enceinte ou accouchée, rien ne s'opposera à ce que l'on tente la résolution ; mais si elle est en proie aux douleurs de l'enfantement, on aura à craindre que le passage de l'enfant n'exerce sur la tumeur une compression telle que la contusion qui en résultera, ne soit nécessairement suivie de gangrène. Je ne pense pas que l'on doive s'exposer à un pareil accident.

Les moyens propres à favoriser la résolution sont les mêmes que dans tout autre épanchement de sang ; il n'y en a pas de spécial pour celui qui nous occupe ; ainsi je n'entrerai dans aucun détail à leur égard. *Mirum enim, quantum celebrata vis naturæ medicatrix, ad corpus contra injurias rerum alienarum muniendum interdum faciat. Maxima ex parte quidquam insuper adhibeatur vix necesse erit.* (Siebenhaar, pag. 33.)

Je dirai cependant que la saignée est un des moyens les plus capables de favoriser la résorption du sang épanché ; et si la femme n'est point affaiblie, il sera avantageux d'y avoir recours.

Il s'en faut de beaucoup que les circonstances favorables à la résolution dont je viens de parler existent toujours. Le plus ordinairement, le sang, après avoir rompu un grand nombre de cellules, est ramassé en un foyer qui, vu le peu de résistance des parties, devient bientôt très-considérable : la peau, les membranes du vagin, sont amincies à un point tel, qu'elles laissent tacitement apercevoir la couleur du liquide épanché, et que leur mortification devient inévitable. En vain tenterait-on la résolution en pareille circonstance : bientôt, au milieu de souffrances affreuses, malgré tous les moyens que l'on pourrait mettre en usage, les parties trop distendues se déchireraient, ou la gangrène, s'emparant des points les plus amincis, viendrait faire des ravages que l'on eût prévenus par une incision sagement pratiquée. Les observations de Hunter, Macbride, Reeve, etc., fournissent des exemples de semblables déchirures ou gangrène. Les principaux avantages d'une incision en pareille circonstance, sont de hâter l'ouverture devenue inévitable d'un foyer sanguin, de faire cesser à l'instant même des douleurs très-vives, et qui peuvent se prolonger pendant plusieurs jours. *Indicatio prima erit therapeutica, sublatio tumoris ipsius ; ad quam peragendam, incisionem convenienti instrumento consulimus, quod optimum hac in re lanceolam esse censemus ; ita enim non tantum morbus totus momento quasi citius tollitur, sed et juxta axioma, causa sublata tollitur et effectus, cessant omnia cum diris cruciatibus stipata symptomata, quæ sub definitione tumoris recensuimus, una quoque vice tantum obtinetur, quantum nec pluribus per longum temporis intervallum usurpatis decoctis emollientibus, cataplasmatibus et quibus non aliis effici potest, longa quippe a fundo ad superiora versus directa incisione omnis subito evacuatur sanguis, tensio cessat, relaxantur partes, vasa imprimis ab utroque latere in ambitu compressa, denuo sanguini circulum liberiorem concedunt, unde mitigatur dolor punctorius, lancinans, quod reliquum est massæ hujus tumoris sanguinei-grumosi per digitos vel indice vel medio, vel pro ratione circumstantiarum unico solo melius quam alio instrumento expurgatur.* (Kronauer, *Dissert. inaug.*, p. 18.)

Aux faits déjà consignés dans ce mémoire, et qui démontrent les avantages d'une prompte incision, je joindrai le suivant.

J'accouchai de son second enfant, dit le docteur Blagden, une femme de mon voisinage, dont le travail n'offrait rien de remarquable, si ce n'est

un état de malaise qu'elle ne pouvait définir, et qui avait son siége dans le côté droit. Le placenta fut expulsé avec facilité; une demi-heure après que je fus rentré chez moi, on vint me chercher en toute hâte, parce que l'accouchée éprouvait de nouvelles douleurs, et se croyait au moment de se délivrer d'un second enfant. Il était une heure et demie du matin. Le toucher me fit reconnaître un gonflement considérable de la grande lèvre du côté droit, gonflement qui s'étendait jusqu'au périnée. Pour calmer les douleurs, qui étaient très-vives, je prescrivis des fomentations en même temps que j'administrai à l'intérieur des opiacés, que je réitérai sans aucun succès. Les souffrances devinrent atroces, la tumeur augmenta au point d'acquérir le volume de la tête d'un enfant à terme, prit une couleur livide. Je pensai qu'une pareille tumeur ne pouvait être formée que par du sang provenant de quelque vaisseau qui s'était rompu pendant le travail, et que je ne parviendrais à soulager la malade qu'en donnant issue au liquide épanché. Vers cinq heures du matin, j'incisai au moyen d'une lancette, la grande lèvre dans l'étendue d'environ cinq pouces. En écartant les bords de cette incision, je découvris une grande quantité de sang coagulé, dont je fis l'extraction : il s'écoula ensuite du sang liquide. La malade fut aussitôt soulagée. Je fis continuer l'usage de l'opium; on appliqua sur les parties malades des fomentations et des cataplasmes émollients. On eut recours aux lavements pour maintenir le ventre libre. On fit usage de la sonde pour évacuer les urines, qui, accumulées dans la vessie, s'écoulaient goutte à goutte et par regorgement. La plaie, pansée avec du cérat, fut complétement cicatrisée le vingt et unième jour des couches. (*The. med. and phys. Journ.* vol. XI, 1804, p. 42.)

Cette observation démontre très-manifestement les avantages de l'incision des thrombus vulvaires. Des douleurs atroces, qui avaient résisté à des opiacés, furent calmées comme par enchantement aussitôt que le sang eut été évacué. Si Blagden eût moins tardé à pratiquer cette incision, s'il l'eût faite au moment de son arrivée auprès de la malade, n'aurait-il pas épargné à celle-ci plusieurs heures de souffrance? n'aurait-il pas prévenu le délabrement du tissu cellulaire occasionné par l'accroissement considérable de la tumeur, et par conséquent abrégé la durée de l'accident, en rendant ses suites moins graves? Je ne fais point ces réflexions pour déverser le blâme sur la conduite du docteur Blagden : loin de moi pareille intention! Je sais qu'il est bien facile de juger après l'événement. Je connais toute la perplexité que l'on éprouve à l'apparition d'un accident insolite. Je n'ai d'autre but que de tirer pour l'avenir tout le parti possible de l'observation intéressante de ce praticien.

Le fait suivant vient à l'appui de ma manière de voir.

Le 30 août 1809, vers cinq heures du soir, Mme C*** accoucha, après un travail de six heures, d'un enfant très-gros. Cinq heures après la délivrance, on vint me chercher en toute hâte, dit le docteur Dewees, parce que, peu après le départ de la sage-femme, il était survenu à la vulve un gonflement considérable. En examinant cette partie, je trouvai la grande lèvre gauche très-distendue, livide et très-douloureuse. Je m'opposai à ce que le gonflement fît des progrès, en pratiquant plusieurs ponctions, qui favorisèrent l'écoulement d'une quantité considérable de sang liquide. Non-seulement cette évacuation s'opposa au développement de la tumeur, mais encore elle procura un grand soulagement à la malade. On appliqua un cataplasme de mie de pain, et on eut recours au laudanum pour calmer les douleurs qui existaient encore.

Le 31, les douleurs sont toujours fortes; il y a de la fièvre. La tumeur, presque aussi volumineuse que la veille, est couverte de phlyctènes; on l'incise dans toute sa longueur; on la recouvre ensuite d'un cataplasme de poudre de charbon, et l'on pratique une saignée du bras. La malade se trouve grandement soulagée de l'emploi de ces moyens. Son état reste à peu près le même jusqu'au 5 septembre, où il fut possible à Dewees de procurer, par de légères pressions, l'expulsion d'une grande partie de caillots. Il en fit autant tous les jours jusqu'au 15. La plaie s'en trouva alors complétement débarrassée, et la guérison eut lieu vers la fin de la cinquième semaine. (*Journal cité.*)

D'après l'effet de simples ponctions sur les douleurs, sur l'accroissement de la tumeur, on voit tout l'avantage que l'on aurait pu retirer d'une large incision.

Il est des praticiens cependant qui blâment l'ouverture trop prompte des thrombus de la vulve et du vagin. Ils craignent qu'il n'en résulte une hémorrhagie dont on ne pourra pas se rendre maître. En temporisant, disent-ils, la coagulation du sang arrêtera son écoulement; on pourra ensuite en procurer la sortie sans danger. « On me reprochera peut-être, dit Coutouly, à la suite de l'observation qu'il a publiée, de n'avoir point ouvert assez tôt la tumeur pour donner issue au sang qui était épanché. Une incision prématurée n'aurait-elle pas pu déterminer une hémorrhagie dangereuse et difficile à arrêter? » Cette crainte paraît au premier abord d'autant mieux fondée qu'il existe plusieurs exemples de ruptures spontanées de thrombus de la vulve ou du vagin, qui furent suivies de pertes de sang mortelles. C'est ce que l'on voit dans les observations de Peu, de Casaubon et de Peyrilhe. En voici une autre rapportée par Berdot.

Une femme, dit-il, périt misérablement à la campagne il y a quelques années; la tumeur qui était considérable vint se présenter à la vulve; la

sage-femme pour favoriser la sortie de la tête de l'enfant, comprima cette tumeur tantôt d'un côté, tantôt de l'autre ; mais voyant que ses peines étaient inutiles, elle crut devoir la comprimer de manière à la faire rentrer dans l'excavation du bassin, d'où chaque douleur la faisait sortir plus volumineuse. Ne pouvant parvenir à empêcher la tumeur d'occuper la vulve, elle prit la parti de la crever en la pinçant avec les ongles ; il sortit de suite une prodigieuse quantité de sang qui ne cessa de ruisseler qu'à la mort de la malade. L'enfant fut expulsé sans vie peu avant que la mère expirât. (*Ouv. cité,* t. II, p. 521.)

De pareils faits semblent militer fortement en faveur de l'opinion des praticiens qui condamnent l'ouverture trop prompte des tumeurs sanguines. Mais voyons s'ils méritent sous ce rapport toute l'importance qu'on leur a accordée.

Je vais commencer par prouver qu'en différant l'incision de vingt-quatre heures, de sept jours et même de plusieurs semaines, on n'est pas toujours pour cela à l'abri de l'hémorrhagie.

Brasdor eut occasion de voir une tumeur sanguine survenue après l'accouchement. Cette tumeur existait depuis vingt-quatre heures ; elle occupait un des côtés de la vulve seulement. Il en fit l'ouverture et il s'en évacua beaucoup de sang ; il pansa mollement sans tamponner le fond de la poche; mais le lendemain trouvant le foyer rempli de nouveau, et voyant le sang couler assez abondamment, le chirurgien employa la charpie trempée dans une forte dissolution d'alun, ce qui arrêta sans retour l'hémorrhagie. (*Recueil périodique*, t. I, p. 369.)

On voit que vingt-quatre heures après l'ouverture de la tumeur, quarante-huit heures après son apparition, le sang coulait assez abondamment pour nécessiter un tamponnement particulier. Dans l'observation suivante, il s'était écoulé beaucoup plus de temps.

« Une jeune femme blonde, délicate, d'une constitution molle et nerveuse, enceinte pour la première fois, eut pour accoucher des douleurs vives et fréquentes, et dans les derniers temps du travail de l'accouchement, la lèvre droite de la vulve acquit en peu de minutes et sans douleur, un volume très-considérable. Il était évident que cette tumeur était formée par une infiltration de sang dans le tissu lamineux de la lèvre, et dans l'espérance que la résolution pourrait s'en opérer, on se borna pendant quelque temps à appliquer sur la partie des compresses de linge fin trempées dans une infusion de fleurs de sureau, de camomille, ou de feuilles de sauge que l'on renouvelait de temps en temps; mais ces moyens étant inefficaces, nous vîmes cette jeune femme le septième jour après son accouchement; elle était pâle, abattue, et quoique les lochies n'eussent point été très-abondantes, le pouls était petit, faible, fréquent : la lèvre droite de la vulve renversée en dehors, formait une grosse tumeur oblongue, brunâtre, luisante, tendue, qui paraissait près de se rompre, peu douloureuse au toucher, et dans laquelle on sentait manifestement de la fluctuation. On y fit avec la lancette une petite incision longitudinale qui donna issue à du sang noir, épais, mêlé de petits caillots, dont nous évaluâmes la quantité à environ quatre onces; mais au lieu de s'arrêter spontanément comme on pouvait l'espérer, le sang coulait continuellement par l'incision pratiquée à la lèvre de la vulve; il était noir et épais. Comme la malade s'affaiblissait sensiblement, on appliqua sur l'incision un petit tampon de charpie fine trempée dans de l'eau alumineuse, que l'on soutint pendant quelque temps avec les doigts, ce qui détermina la formation d'un caillot compact qui arrêta l'effusion du sang : mais la faiblesse était parvenue à tel point que, malgré tous les soins, la malade succomba le douzième jour après son accouchement. A l'ouverture du corps nous trouvâmes sous le péritoine une grande quantité de sang coagulé, infiltré dans les mailles du tissu adipeux qui environne le côté droit du vagin et l'intestin rectum. Cette infiltration ne se bornait point à l'excavation pelvienne, mais encore elle se prolongeait sur le corps des vertèbres des lombes, et même entre les deux lames du mésentère. Malgré notre attention à en rechercher la source, nous ne pûmes reconnaître d'une manière évidente quel genre de vaisseau avait pu fournir cette effusion. Nous présumons seulement qu'elle provenait de la rupture d'une des branches de ce plexus veineux qui entoure l'orifice du vagin. » (Chaussier, *Mémoires de méd. légale*, p. 399.)

Le thrombus existait depuis sept jours lorsque l'incision fut pratiquée, et cependant après que les caillots eurent été enlevés le sang continua à couler de manière à affaiblir considérablement la malade, qui succomba au bout de cinq jours.

J'ai rapporté précédemment, d'après Baudelocque, un fait dans lequel l'ouverture du foyer ne fut pratiquée que plus de trois semaines après l'accouchement, et cependant il y eut une hémorrhagie qui nécessita le tamponnement de ce foyer.

Le but principal que l'on se propose en différant l'ouverture des tumeurs sanguines, c'est de ne pas s'exposer à une hémorrhagie que l'on craindrait de ne pas pouvoir arrêter. Ces faits démontrent que ce but peut n'être pas obtenu. J'ajouterai que si plusieurs fois la rupture spontanée de thrombus a été suivie d'hémorrhagies mortelles, dans des cas où la cause de ces thrombus, c'est-à-dire, les efforts de la femme et la compression occasionnée par l'enfant, ont persisté jusqu'à la fin, bien plus souvent un pareil résultat n'a pas eu lieu, soit que les tumeurs se fussent ouvertes spontanément, ou l'eussent été par l'art. On trouve dans ce mémoire un grand nombre de faits qui le démontrent. J'y joindrai le suivant.

Le 24 avril 1816, je fus appelé, dit le docteur

Dewees, auprès de Mme G**** qui était grosse de deux enfants et en travail. A dix heures du soir, elle accoucha d'une fille, et environ dix minutes après l'expulsion de cet enfant, il parut à la vulve une tumeur considérable qui avait son siége dans la grande lèvre du côté droit ; cette partie, dont on ne voyait que la surface interne, était extrêmement noire. Néanmoins avant mon arrivée, par suite des efforts que la femme avait faits pour se délivrer de son second enfant, la tumeur s'était rompue. Lorsque j'examinai la vulve, il existait encore un peu de gonflement, quoique la grande lèvre fût déchirée dans toute sa longueur. Le second enfant était bien situé. Les contractions utérines se renouvelaient avec force et fréquence; la malade souffrait beaucoup dans la région du pubis. Environ quinze minutes après mon examen, la grande lèvre se distendit encore, se rompit de nouveau, et cela se renouvela quatre fois avant la naissance de l'enfant, de manière que cette lèvre ne conserva d'adhérence que vers le périnée qui lui-même, lors du passage du second enfant, fut déchiré jusqu'à l'anus, malgré tout ce que je pus faire pour m'opposer à un pareil délabrement.

Le lendemain, l'accouchée qui avait perdu au moins douze onces de sang par cette grande plaie n'éprouvait que de légères douleurs; il existait à peine un peu de gonflement à la vulve. Néanmoins comme il y avait de la fièvre, quelques tranchées et que les urines ne coulaient pas, Dewees prescrivit une cuillerée d'essence de nitre et un lavement purgatif.

Le 26, cours facile de l'urine ; il n'y avait d'autre douleur que celle produite par la lésion du périnée. La malade garda pendant quelque temps une position horizontale, et au bout d'un mois, elle était bien rétablie. (*Journal cité.*)

Il n'existe aucun exemple dans lequel la déchirure ait été aussi étendue et se soit renouvelée quatre fois, et cependant malgré les efforts de la femme et la compression exercée par l'enfant, il n'y eut point d'hémorrhagie alarmante.

Les praticiens qui redoutent l'ouverture trop prompte des thrombus vulvaires, disent que l'intégrité des parties opposera au sang qui s'épanche une résistance qui en favorisera la coagulation, et par suite empêchera qu'il ne sorte de ses vaisseaux. Mais avant que les choses soient arrivées à ce point, si même elles y arrivent, en supposant que la distension des parties n'ait pas amené leur rupture, il existera un désordre considérable dans le tissu cellulaire environnant, qui non-seulement sera infiltré de sang, mais encore se trouvera déchiré de manière à former un vaste foyer qui quelquefois s'est propagé jusque dans les régions lombaires et le mésentère. Le sang pourra s'épancher en quantité assez grande pour porter une atteinte profonde aux forces de la femme, donner lieu à des syncopes, sans qu'il s'en soit écoulé une goutte au dehors, comme on le voit dans les observations de Reeve, Chaussier, Mme Lachapelle. Plus tard, l'inflammation de ce vaste foyer, la putréfaction des caillots amèneront d'autres accidents qui pourront être funestes. (Boer, Ané.)

En ouvrant au contraire de bonne heure les tumeurs sanguines de la vulve, lorsque leur volume continue à s'accroître de manière à faire perdre tout espoir de terminaison par résolution, on préviendra les grands désordres dont je viens de parler. A la vérité il pourra se faire un écoulement de sang abondant au dehors ; mais ne vaut-il pas mieux qu'il en soit ainsi que de voir le sang s'infiltrer dans le tissu cellulaire ? Si l'hémorrhagie est assez abondante pour que les jours de la femme soient menacés, on trouvera toujours dans le tamponnement, soit de la plaie, soit du vagin, ou des deux parties à la fois, un moyen certain de l'arrêter : et ce tamponnement sera bien préférable à la résistance des parties sur laquelle comptent quelques auteurs. Car cette résistance peut être très-grande à la peau et aux parois du vagin, tandis qu'elle le sera moins dans le tissu cellulaire du bassin. Le sang continuera par conséquent à s'épancher dans la profondeur des organes. Avec le tamponnement, au contraire, on arrête complétement la sortie du sang hors des vaisseaux, en agissant directement sur leur ouverture. Je ne saurais donc approuver le conseil donné par Schneider et répété par Meissner, de n'ouvrir qu'au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures les thrombus qui se forment après l'accouchement. Je pense qu'après comme pendant l'accouchement, il faut les inciser largement le plus promptement possible.

Parmi les partisans de l'ouverture immédiate des tumeurs sanguines, quelques-uns, Dewees entre autres, veulent que l'on commette à la nature le soin d'expulser les caillots. Ils espèrent, en agissant ainsi, calmer les douleurs et ne point s'exposer à une hémorrhagie externe. « On cite, dit Dewees, des cas où l'hémorrhagie a été si considérable après la rupture qu'il a fallu boucher la plaie avec de la charpie et même tamponner le vagin. Je n'ai jamais vu l'hémorrhagie résulter du plan que je propose, et je ne vois pas comment elle peut avoir lieu, à moins que l'on n'ait fait des tentatives prématurées et trop brusques pour détacher le caillot. On doit avoir soin de l'éviter et ne confier sa séparation qu'aux forces de la nature. » Les faits que Dewees semble repousser sont authentiques, et il n'est que trop vrai qu'une hémorrhagie grave peut avoir lieu, quoique l'on n'ait rien fait pour détacher les caillots. En persistant alors à ne pas y toucher, on sent combien il serait difficile de tamponner, et on comprend de suite que le tampon ne portant pas directement sur les vaisseaux divisés, pourrait bien être impuissant contre l'hémorrhagie.

D'autres praticiens en plus grand nombre, ne redoutant pas l'écoulement du sang dont ils sont

sont toujours sûrs de pouvoir se rendre maîtres, donnent le conseil de débarrasser, autant que possible, le foyer de tout le sang qui s'y trouve amassé. «Il faut ouvrir la tumeur, l'ouvrir sans délai, dit Siebold, et en faire sortir le sang coagulé.» En agissant ainsi, on prévient la putréfaction des caillots, une suppuration longue et de mauvaise nature, la résorption de la sanie putride et tous les accidents qui dérivent d'une pareille résorption. Tous les praticiens connaissent le danger qu'il y a de laisser dans un foyer, dans une cavité où l'air a accès, une grande quantité de sang coagulé, et Pelletan, dans son beau Mémoire sur les épanchements de sang, a démontré cette vérité d'une manière péremptoire. J'ai rapporté, d'après Ané et Boër, deux observations dans lesquelles les accidents résultant de la putréfaction du sang épanché sont palpables. Les femmes ont succombé à ces accidents. Voici un autre fait qui s'est terminé heureusement, et dans lequel cependant la résorption purulente me paraît avoir existé.

Une femme, âgée de vingt-cinq ans, enceinte pour la première fois, accoucha naturellement à terme. L'enfant, parvenu aux parties externes de la génération, fut expulsé si rapidement que le périnée fut en partie déchiré, malgré le soin que l'on eut de le soutenir. Dans le courant de la journée, cette femme se plaignit d'envies continuelles de vomir, de tintement dans les oreilles, de douleurs au périnée et dans la région de la vessie, et d'une prostration insolite.

Le lendemain matin, les accidents persistant, le professeur Joerg prescrivit un léger calmant; on évacua la vessie avec la sonde, et on appliqua des fomentations aromatiques sur les parties externes de la génération et le périnée. Le soir, la malade ne pouvant uriner, il fallut répéter le cathétérisme. On aperçut alors une tumeur d'un rouge noirâtre, molle, fluctuante, très-douloureuse à la pression, du volume d'un œuf d'oie, qui, commençant dans la grande lèvre gauche, se prolongeait le long du vagin dans l'étendue de trois pouces, et repoussait la paroi gauche de ce canal vers la droite.

Le troisième jour, malgré la persistance des accidents, les lochies continuèrent à bien couler, la peau devint moite, et la montée du lait eut lieu.

Le quatrième jour, il se fit à la partie inférieure et interne de la lèvre gauche une petite ouverture qui pouvait admettre l'extrémité du doigt indicateur; cette ouverture donna issue à du sang séreux, d'où résulta l'affaissement de la tumeur; mais le sang coagulé restait adhérent aux parois du foyer; la malade se trouva cependant soulagée. Les urines ne reprenaient pas leur cours.

Le cinquième jour, la nuit avait été agitée : il existait une fièvre intense et de fortes douleurs dans le côté gauche du bassin et dans la région de la vessie. L'ouverture de la tumeur ne fournissait qu'une petite quantité de sang décoloré et très-fétide.

Le sixième jour, la fièvre persistait; la tumeur ne diminuait pas; elle était toujours douloureuse, et pendant la nuit les douleurs s'étaient répandues dans toute la cavité abdominale; elles s'étaient un peu appaisées vers le matin. Déjà on avait trois fois chaque jour injecté dans le foyer une infusion tiède de serpolet. On crut devoir explorer l'étendue de ce foyer, dont l'ouverture s'était agrandie suffisamment pour admettre le doigt : on ne put en toucher les parois dans tous les points. L'abdomen, qui était gonflé et dur, parut plus souple le soir, après l'émission de beaucoup de vents.

Le septième jour, vers le soir, une fièvre violente, une respiration courte, anxieuse, l'affaissement des mamelles, de la céphalalgie, des tintements d'oreilles, des vertiges, annonçaient que l'état de la malade avait empiré beaucoup. On prescrivit de légères doses de calomel, qui fut continué le lendemain. Les accidents disparurent complétement, ce qui fit croire qu'ils étaient nerveux. La tumeur fournissait un liquide décoloré, fétide, mêlé de quelques petits caillots; la peau des environs de l'ischion avait une couleur bleue. Il y avait une grande soif, de la moiteur, absence complète d'appétit, abattement; la figure était pâle et livide.

Quelques heures de repos pendant la nuit soulagèrent beaucoup la malade; on continuait toujours les injections. On eut recours à des laxatifs.

Le 9e jour, la malade vomit abondamment de la bile, et le dixième, malgré la grande diminution de volume qu'avait éprouvée la tumeur du vagin, des douleurs violentes s'y firent sentir; la matière qui s'en écoulait était plus ichoreuse que purulente. Le onzième jour, nouvelle amélioration; le cathétérisme était devenu plus facile: pendant les jours suivants, le liquide, tantôt ichoreux, tantôt sanguinolent et toujours très-fétide qui sortait de la tumeur, devint purulent, perdit sa mauvaise odeur; en même temps l'appétit revenait, la faiblesse était moins grande. Ce ne fut que le dix-septième jour que les urines reprirent leur cours naturel, et le vingt-cinquième jour la malade, parfaitement guérie, put sortir de l'hôpital. (Siebenhaar, *Dissert. inaug.*, p. 2.)

La maladie était bien moins étendue que dans les observations de Boër et Ané : aussi la malade y a-t-elle survécu. Cependant l'invasion des accidents, au moment où la fétidité de l'écoulement annonçait la putréfaction des caillots, à une époque où les douleurs locales étaient moins grandes, la fièvre, la céphalalgie survenant sans cause apparente et disparaissant de même, la prostration continuelle des forces, les menaces de péritonite qui se sont renouvelées plusieurs fois, l'efficacité des laxatifs pour pallier les accidents, toutes ces circonstances réunies me paraissent avoir été évi-

demment occasionnées par une cause unique, la résorption d'une certaine quantité de matière purulente, et je suis convaincu que le rétablissement de la malade aurait été plus prompt, accompagné de moins de dangers, si une large incision avait permis, dès les commencements, de faire sortir tout le sang coagulé.

Il sera donc utile de vider autant que possible le foyer du sang qu'il contient, de débarrasser le tissu cellulaire des caillots qui y sont déposés. Aux avantages qui résultent de cette méthode de traitement, et dont je viens de parler, on peut joindre celui de faire cesser l'état de gêne dans lequel se trouve la femme, de lui permettre de changer de position.

Le soin de débarrasser le foyer est indispensable pendant le travail de l'enfantement. Nous avons vu que le gonflement des parties peut être tel que la sortie du fœtus en devienne impossible ; Alix et Sédillot, entre autres, ne parvinrent à l'extraire qu'après qu'ils eurent nétoyé le tissu cellulaire de tout le sang qui y était extravasé.

Ce soin n'est pas moins urgent après la délivrance, pour prévenir la rétention des lochies, l'hémorrhagie interne de l'utérus, la rétention des urines, et même rendre possible le cathétérisme.

Rueff, dès l'année 1554, a donné le conseil d'ouvrir les tumeurs sanguines et d'en faire sortir tout le sang coagulé. On me saura gré, je pense, de transcrire ici le passage peu étendu qu'il a consacré à cet accident.

Quod si contingerit etiam inflationem aliquam, vel concretum in præputiis matricis sub cute apparere sanguinem, ex partûs laboribus et difficultate obortum, venulis aut fibris ruptis propter dilatationem, ut fit, nimiam : vel interius tumor aliquis sanguineus enatus fuerit, quibus et infans et secundæ ante partum multum impediri solent ; eum tumorem, sive ante sive post partum apparuerit, obstetrix, ubi materia tenuior et maturior visa fuerit, puro cultello incidat, concretum sanguinem exprimat, et inflationem deprimat, quæ commaculata sunt abstergat, infantemque si nondùm natus fuerit ut poterit producat. Pessarium deindè sæpè inserat, oleo rosarum deungat, et quotidiè donec sanata fuerit obliget. Eo enim modo et nos non semel in his casibus progressi sumus. (De conceptu et generatione hominis, etc., libri sex, Tigurini, 1554, feuillet 31.)

Ce passage de Rueff ne laisse aucun doute sur les tumeurs dont il a voulu parler ; peut-être y a-t-il un peu d'obscurité relativement à l'époque où il conseille de les ouvrir. Cependant si l'on fait attention qu'il parle des obstacles qu'elles apportent à l'accouchement et à la délivrance, qu'il recommande de vider la tumeur avant d'extraire l'enfant, on sera porté à conclure que les mots *ubi materia tenuior et maturior visa fuerit* se rapportent plutôt à l'endroit où l'incision doit être pratiquée, qu'à l'époque où elle devra être faite.

Tout en ne redoutant pas l'hémorrhagie, je conseillerai cependant de faire tout ce qui est possible pour l'éviter. On procédera avec ménagement à la séparation, à l'évacuation des caillots, s'abstenant toujours d'agir avec violence. Nous avons vu que M. Massot s'est servi d'une cuiller à café pour vider les cellules. Les doigts ont suffi dans un grand nombre de circonstances, et Coutouly, Zeller et autres se sont bien trouvés d'avoir eu recours à des injections faites avec de l'eau tiède.

Le conseil d'évacuer le foyer sanguin ne comporte pas la nécessité d'extraire jusqu'au dernier caillot, à tel prix que ce soit. Après en avoir enlevé la plus grande partie, on pourra abandonner jusqu'au pansement suivant ceux qui auront contracté de fortes adhérences. L'obligation où l'on serait de tamponner solidement, devrait seule obliger à n'en laisser aucun.

S'il survient une hémorrhagie légère, on s'en rendra facilement maître à l'aide de quelques boulettes de charpie sèche introduite dans la plaie. Si on ne réussissait point, il faudrait tamponner plus fortement, imiter la conduite de Brasdor qui trempa la charpie dans une forte solution de sulfate d'alumine. Il peut quelquefois être utile de tamponner le vagin en même temps que la plaie ; dans les cas, par exemple, où le foyer serait très-vaste, où le sang proviendrait d'un vaisseau situé dans l'épaisseur de la paroi vaginale. Meissner pensant avec D'outrepont que le sang provient toujours des vaisseaux du vagin, donne le conseil d'introduire dans ce canal et de l'y laisser pendant quelques heures, une éponge qui le remplisse exactement. Je doute qu'une éponge soit préférable à de la charpie, du vieux linge, de la filasse. Ces dernières substances pouvant être introduites par petites portions me paraissent plus faciles à employer : on les trouve d'ailleurs beaucoup plus facilement sous la main. Il me semble aussi que quand l'hémorrhagie est rebelle, il y a plus d'avantage à tamponner en même temps la plaie et le vagin, qu'à remplir seulement ce dernier.

Quoi qu'il en soit, il faut toujours apporter beaucoup de soins dans le tamponnement ; car il peut arriver que le lieu d'où part le sang ne soit pas comprimé, et que l'hémorrhagie continue à se faire dans le tissu cellulaire, comme on le voit dans l'observation suivante.

Une femme âgée de vingt et un ans, enceinte pour la première fois, accoucha naturellement à l'hospice de la Maternité de Paris, le 1er août 1806, à midi, après un travail de huit heures qui n'avait présenté rien de particulier. La délivrance eut lieu spontanément au bout de peu de temps. A neuf heures du soir, l'accouchée se plaignit d'une pesanteur très-douloureuse sur le fondement : il y avait des efforts involontaires d'expulsion, comme

vers la fin de l'accouchement. On reconnut dans la nuit que ces efforts étaient produits par une tumeur qui occupait tout le côté droit de la vulve, et se prolongeait jusqu'à l'anus. Cette tumeur obstruait tout le vagin, comprimait le canal de l'urèthre au point de s'opposer à l'émission des urines et à l'écoulement des lochies.

Le lendemain, le ventre était très-développé, dur, douloureux à la pression. On évacua la vessie avec la sonde, dont l'introduction fut difficile. On appliqua des cataplasmes émollients sur la tumeur, et on fit des injections de même nature dans le vagin. On dut pratiquer de nouveau le cathétérisme dans la journée et dans la nuit.

Le 3 août au matin, la tumeur avait une couleur livide à sa partie inférieure, et vers l'entrée du vagin, on reconnut une eschare gangréneuse. L'abdomen était tendu, douloureux, le fond de l'utérus élevé, la peau brûlante, le pouls très-fréquent, la soif considérable. Il y avait un assoupissement continuel, d'où la malade sortait avec étonnement et agitation : elle rendait involontairement ses matières fécales. A dix heures du matin, on ouvrit la tumeur, qui était formée par du sang coagulé, que l'on fit sortir. Il parut alors un peu de sang liquide. Comme la malade s'affaiblissait rapidement, quoique cet écoulement sanguin fut peu considérable à l'extérieur, on soupçonna un épanchement intérieur. En conséquence, on tamponna le vagin et la plaie, on administra des boissons cordiales. Tout fut inutile : la malade succomba à cinq heures après midi, sept heures après l'ouverture de la tumeur.

A l'examen du cadavre, on trouva dans le péritoine un épanchement de sérosité jaunâtre. Le mésentère était largement ecchymosé, de même que toutes les parties situées dans la fosse iliaque droite. Il y avait dans l'excavation pelvienne un caillot de sang noir très-volumineux.

Cette observation, qui est publiée ici pour la première fois, me paraît fort curieuse sous plusieurs rapports. La tumeur n'est survenue que neuf heures après l'accouchement; et son volume a augmenté rapidement, au point d'intercepter le cours des urines et des lochies, de rendre le cathétérisme difficile. Des symptômes de péritonite se sont déclarés promptement, et ont contribué beaucoup à accélérer la terminaison funeste. Cette inflammation, dont j'ai rapporté deux autres exemples, ne me semble pas aussi fréquente que paraît le craindre Meissner. La tumeur ne fut ouverte que trente-six heures après son apparition, et cependant une hémorrhagie eut lieu. Nouvel exemple à ajouter à ceux que j'ai cités. La présence d'un caillot très-volumineux dans le côté droit de l'excavation pelvienne, prouve que le tampon a été mal appliqué : on ne l'a pas porté assez haut, et peut-être l'infiltration du mésentère et de la fosse iliaque est-elle due à l'obstacle que le sang a éprouvé pour s'échapper au dehors. Le tampon a été placé au-dessous de l'ouverture veineuse. Au reste, l'état très-fâcheux dans lequel se trouvait la malade au moment de l'ouverture du thrombus, ne laissait guère d'espoir de la sauver.

Que l'on ait tamponné le vagin et la plaie en même temps, ou seulement cette dernière, il est important de se rappeler le conseil fort sage donné par Baudelocque toutes les fois que l'on a recours au tampon après la délivrance. Il faut alors surveiller l'utérus, et désobstruer le vagin pour permettre l'issue des lochies si l'on s'apercevait que l'utérus se développât d'une manière inquiétante.

On a bien recommandé de favoriser l'écoulement des lochies au moyen d'une sonde de gomme élastique placée dans l'orifice de l'utérus, et qui serait maintenue dans cette situation par le tampon même que l'on introduirait après. Sans doute qu'en donnant ce conseil, on n'a pas fait attention à la coagulation du sang. Le plus petit caillot boucherait la sonde, et au moment où l'on se reposerait sur elle pour prévenir l'accumulation du sang dans l'utérus, l'accouchée pourrait succomber à une perte interne. On a proposé pour remplir le même but, des canules particulières. Mais, ou l'extrémité qui est introduite dans le vagin, n'est pas très-évasée, afin de pouvoir pénétrer et demeurer dans l'orifice de l'utérus, et alors elles ne valent guère mieux que les sondes ; ou cette extrémité est très-large, doit être seulement appliquée contre l'orifice de l'utérus ; et dans ce cas le plus léger mouvement peut faire cesser leur rapport, le sang ne pourra s'engager dans la canule, et au milieu d'un danger imminent on conservera une sécurité trompeuse. Rien ne me paraît pouvoir suppléer à une surveillance continuelle.

Le tamponnement sera souvent insuffisant pendant le travail de l'enfantement. Les efforts de la femme en refoulant le sang dans la veine cave inférieure, la présence de l'enfant en gênant la circulation dans les veines du bassin, devront nécessairement forcer le sang à s'échapper par le vaisseau ouvert, à vaincre l'obstacle qu'on aura opposé à son écoulement. On peut remarquer que c'est surtout pendant la grossesse et l'accouchement que les ruptures spontanées de thrombus vulvaires ont été suivies d'hémorrhagies mortelles. J'ai rapporté d'après D'Outrepont l'exemple d'une rupture de varice du vagin, à la suite de laquelle il fut impossible d'arrêter l'écoulement du sang, avant qu'on eût terminé l'accouchement. Il faudra donc ne pas abandonner cet accouchement à la nature, et faire l'extraction de l'enfant aussi promptement que possible ; il ne faudra point compter sur des circonstances aussi favorables que celles qui se sont présentées dans l'observation suivante :

Au moment où la tête du fœtus s'approchait des parties externes de la génération, dit Mme Lachapelle, une quantité considérable de sang s'écoula tout à coup sous la malade ; l'écoulement était

continu et avait lieu aussi bien dans l'intervalle des douleurs que pendant leur durée ; seulement les contractions de l'utérus chassaient chaque fois un flot d'eau de l'amnios qui ne se mêlait au sang que hors les organes génitaux. Cette circonstance prouvait que l'hémorrhagie n'avait point sa source dans l'utérus ; et en effet, il me suffit d'écarter les lèvres de la vulve pour apercevoir à l'entrée du vagin une petite ouverture par laquelle jaillissait du sang veineux. Je me contentai d'abord d'en pincer les bords à l'aide de mes doigts, et bientôt la tête comprimant elle-même l'ouverture, m'exempta de ce soin ; mais après l'accouchement, l'hémorrhagie se renouvela, quoique l'utérus fût convenablement rétracté. Un morceau d'agaric soutenu par un tampon de charpie suffit pour arrêter l'effusion du sang et permettre une prompte guérison. (*Pratique des accouchem.*, t, III, p. 198.)

On conçoit que l'ouverture d'une veine puisse être bouchée par la tête de l'enfant ; mais lorsqu'il y a thrombus, le vaisseau ouvert se trouvant souvent environné de beaucoup de sang liquide ou coagulé, sa compression devient plus difficile et doit être moins exacte.

Le précepte de faire sortir tout le sang coagulé, entraîne nécessairement celui de donner à l'ouverture une grande étendue. Dans une des observations de Dewees, on voit que ce praticien après avoir fait plusieurs scarifications avec la lancette, fut obligé de pratiquer une large incision, la femme n'ayant éprouvé des premières que peu de soulagement. Pacull eut besoin d'en venir au même moyen après avoir fait avec le trois-quarts une ponction par laquelle les caillots ne pouvaient sortir. L'incision devra avoir quatre, cinq et même six pouces. Il ne faut pas s'effrayer d'une pareille étendue ; la plaie diminuera promptement à mesure que la distension des parties cessera. Outre l'inconvénient de ne permettre que difficilement le nettoiement du foyer, une ouverture étroite aurait peut-être encore celui de favoriser plus tard la formation d'une fistule dans l'épaisseur de la lèvre ; c'est au moins ce que paraît craindre le docteur Legouais. L'incision devra être faite autant que possible dans l'endroit le plus déclive, ayant soin qu'en même temps elle comprenne les points les plus amincis, qui par la rétraction, reprendront de l'épaisseur, et pourront échapper de la sorte à la gangrène. Si déjà il existe des eschares, on devra les diviser de préférence à tout autre point.

Ledran donna le conseil d'inciser du côté de l'intérieur de la vulve, chez une femme qui souffrait pour accoucher. Quoiqu'il ne motive pas ce conseil, il est probable qu'il l'a donné parce que les parois du foyer avaient moins d'épaisseur de ce côté. Lorsque la tumeur affecte à la fois la grande et la petite lèvre, la limite qui les sépare est, dit le docteur Meissner, le point d'élection pour l'ouverture du thrombus, attendu que la peau y offre sa plus grande ténuité. La nature semble indiquer elle-même ce point, ajoute-t-il ; c'est là que l'on rencontre le plus habituellement la rupture, lorsqu'elle s'est faite spontanément. Alix veut au contraire que l'on incise toujours en dehors ; voici les raisons sur lesquelles il se fonde : *Per vulgus notum est partes muliebres genitales tam internas quam externas durante partu debere dilatari ; omnes autem cicatrices insigniter dilatationi resistere et partum efficere valdè laboriosum et dolorificum, quod accidere vidi feminæ malè tractatæ in curatura ulcerum interiora vulvæ obsidentium.* Ces réflexions d'Alix sont faites à l'occasion d'un abcès de la grande lèvre ; elles sont applicables aux thrombus. Il est certain qu'une ouverture sur la face interne de la lèvre deviendra bien plus douloureuse, sera bien plus exposée à s'agrandir, qu'une pareille ouverture située en dehors. Alix ajoute plus loin : *Prudens enim chirurgus non de cura solùm præsentis mali, sed de vera quoque hujus medelæ ratione debet cogitare, ne in sequente ægrotus malè afficiatur.* Il avait affaire à une fille de dix-huit ans, qui plus tard devint mère. Il termine par des considérations relatives au pansement. *Est quoque adnotandum, ægrotam non tam facilè deligari potuisse, si apertura facta fuisset interius ; non solùm enim majori dolorum cruciatu stipata, sed impedimento quoque fuisset eruptioni mensium in medio curæ supervenienti.* (*Ouv. cité, fascicul.*, IV, p. 83.)

Dans la circonstance qui nous occupe, le pansement pourrait s'opposer à l'écoulement des liquides. J'ajouterai pour dernière raison qu'en incisant en dehors, la plaie sera beaucoup moins exposée au contact des matières qui sortent du vagin.

Tout ce que je viens de dire relativement à l'incision des thrombus, à l'évacuation du sang épanché, s'applique parfaitement aux cas dans lesquels la tumeur s'est ouverte spontanément. Si la déchirure est assez grande, on n'aura plus qu'à faire sortir les caillots. On l'agrandirait si elle paraissait insuffisante. On pense bien qu'alors on n'est plus maître de choisir l'endroit qui paraît le plus convenable.

Dans tous les cas, on panse avec de la charpie, on place la femme dans une situation propre à faciliter l'écoulement de ce qui peut être resté dans la plaie, on la maintient à un régime sévère et on se tient en garde contre les accidents inflammatoires qui pourraient survenir, et que l'on combattrait alors avec vigueur. On remédie à ceux qui pourraient exister, tels que constipation ou rétention des urines.

Ordinairement l'inflammation ne tarde pas à s'emparer des parois du foyer ; la suppuration détache et entraîne les petits caillots qui ont échappé aux recherches ou qui se trouvaient trop adhérents ; on peut favoriser leur sortie par des injections adoucissantes faites avec beaucoup de précautions. Quelquefois une contre-ouverture devient indispensable.

Bientôt la suppuration prend un caractère

louable, les parties reviennent sur elles-mêmes, se resserrent de plus en plus, et la guérison s'opère. Il est important vers la fin du traitement que les pansements soient faits de manière à prévenir la cicatrisation de l'entrée du foyer avant celle du fond. Il faut tendre à obtenir une plaie plate, pour éviter la formation d'une fistule dans l'épaisseur de la lèvre.

Les soins de propreté les plus grands doivent être mis en usage ; ils soulagent beaucoup la malade et accélèrent sa guérison.

Lorsqu'il existe des eschares gangréneuses, Dewees conseille les cataplasmes de poudre de charbon, auxquels il paraît accorder une vertu anti-septique très-prononcée. Les meilleurs antiseptiques me paraissent être des lotions souvent répétées, des injections faites avec précaution. On devra ajouter au liquide dont on se servira, et dans une proportion convenable, du chlorure de soude ou de chaux, dont les propriétés si précieuses sont en même temps si bien constatées.

Lorsqu'après avoir tenté la résolution du thrombus, on s'aperçoit que des symptômes d'inflammation et de suppuration s'emparent de la tumeur, il faut sans plus tarder l'ouvrir largement et favoriser par la position, des pressions convenables, des injections, la sortie de toute la matière épanchée. Si l'abcès s'était ouvert spontanément et que l'ouverture étroite permît difficilement l'écoulement de cette matière, il faudrait imiter la conduite que tint Siebold dans une circonstance que j'ai fait connaître, aggrandir cette ouverture et vider le foyer.

Ce même praticien, dans une autre circonstance, n'attendit pas, pour ouvrir la tumeur, que des symptômes de suppuration s'y fussent manifestés.

Une femme de fort petite stature, âgée de trente-six ans, et qui, pendant sa grossesse, avait eu des varices très-considérables aux extrémités inférieures, accoucha de son septième enfant; la délivrance fut heureuse, mais les dernières douleurs avaient provoqué de violents efforts, et l'accouchée, assez longtemps après, souffrait beaucoup de la lèvre gauche. En examinant cette partie, on y voyait une tumeur élevée, d'un bleu noirâtre, à peu près de la grosseur du poing. Le médecin et le chirurgien avaient donné différents noms à cette tumeur, sans en soupçonner la véritable nature, et ils avaient ordonné, tantôt des cataplasmes, tantôt des résolutifs; mais tous ces moyens étant inutiles, on appela Siebold huit jours après. Il ne tarda pas à reconnaître que cette tumeur n'était autre chose qu'une masse de sang extravasé sous la peau, dans le tissu cellulaire. Il l'ouvrit, et en fit sortir par l'incision plus de deux tasses d'un sang noir et coagulé; il remplit ensuite la cavité de charpie sèche. Par cette méthode, il détermina une bonne suppuration; au bout de trois semaines, la femme fut parfaitement guérie. (*Bibliothèque Germ. Médic. Chirurg.*, t. VI, page 194.)

On voit, dans une observation que j'ai rapportée, que Boër attachait la plus grande importance à connaître l'étendue, les limites du mal. *Vix de ineunda cura priùs consilium erat,* dit-il, *quam de vastitate mali planissime constiterit,* p. 320. A plusieurs reprises il l'explora, soit avec les doigts, soit avec différents instruments. Loin que de semblables recherches présentent quelque utilité, elles ne me paraissent propres qu'à occasionner de la douleur, qu'à irriter la surface de l'abcès, à déchirer peut-être des vaisseaux ou des brides de tissu cellulaire, qui peuvent être fort utiles pour la cicatrisation. Je pense qu'il faut s'en abstenir complétement.

J'ai parlé plus haut du régime antiphlogistique et de la diète sévère auxquels il faut soumettre les malades. On pense bien que ces moyens ne devront pas être continués avec rigueur pendant toute la durée de la maladie ; qu'il faudra accorder un peu de nourriture à mesure que l'on marchera vers la guérison.

On préviendra les accidents dus à la résorption purulente, en rendant facile la sortie du pus, soit par la position de la femme, soit par des contre-ouvertures sagement ménagées, par des pansements aussi fréquents que la suppuration l'exige. Des injections dans la plaie présentent, sous ce rapport, beaucoup d'avantages. Il est très-important de prévenir le croupissement du pus qui, par son mélange avec le sang, est si disposé à contracter de mauvaises qualités.

Si des accidents particuliers venaient annoncer cette résorption purulente, on tirerait le plus grand avantage d'une nourriture légère, et en même temps propre à soutenir les forces, et surtout de l'usage du quinquina en décoction. Il faudrait bien prendre garde de ne pas s'en laisser imposer sur le caractère de la fièvre, et de ne pas s'abstenir des moyens qui seuls peuvent la combattre.

FIN DU TROISIÈME VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TROISIÈME VOLUME.

TROISIÈME PARTIE.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS EN GÉNÉRAL.

SYPHILIS PRIMITIVE.

SYPHILIS CONSÉCUTIVE.

—

RECHERCHES PRATIQUES SUR LES TUMEURS SANGUINES DE LA VULVE ET DU VAGIN.



FIN DE LA TABLE DU TROISIÈME VOLUME.

